MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, PRIV.-DOZ. DR. C. BECK IN BUDAPEST,
PRIV.-DOZ. DR. TH. BURI IN BASEL, DR. E. DELBANCO IN HAMBURG,
DR. DREUW IN BERLIN, DR. J. FICK IN WIEN, PRIV.-DOZ. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH,
DR. M. HODARA IN KONSTANTINOPEL, PROF. DR. KROMAYER IN BERLIN,
PROF. DR. FR. KRZYSZTALOWICZ IN KRAKAU,
DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG, PROF. DR. V. MIBELLI IN PARMA,
DR. FERD. WINKLER IN WIEN

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

FÜNFZIGSTER BAND.

1910.

JANUAR BIS JUNI.

MIT 4 TAFELN UND 80 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG.

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1910.

Druck der Druckerei-Gesellschaft Hartung & Co. m. b. H.
vorm. Richtersche Verlagsanstalt, Hamburg 25.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis".)

Versammlungen.

Fachzeitschriften.

Bücherbesprechungen.

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Mikroskopie.

Seite

Bakteriologie.

Hygiene.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

II. Neurotische.

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a) Akute Exantheme.

b) Chronische Infektionskrankheiten.

α. *Lepra.*

β. Tuberkulose.

γ. *Syphilis.*

Seite

B. *Cutis.*

C. *Progressive Ernährungsstörungen.*

a) Maligne.

b) Benigne.

c) Pigmentanomalien.

D. *Regressive Ernährungsstörungen.*

E. *Idioneurosen.*

F. *Sekretionsanomalien.*

G. *Saprophyten und Fremdkörper.*

H. *Mißbildungen.*

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a) Penis, Urethra und Blase.

d) Nieren, Ureteren und Harn.

e) Labien, Vagina usw.

f) Blennorrhoe und Komplikationen.

Verschiedenes.

Verzeichnis der Tafeln.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 50. | №. 1. | 1. Januar 1910.

Zum 50. Bande.

Das Geleitwort, welches ich dem 50. Bande dieser Zeitschrift mit auf den Weg geben möchte, kann sehr kurz sein im Vergleich mit dem Rück- und Vorblicke aus dem Jahre 1898, welcher den 25. Band einleitete.

Damals lag mir daran, durch übersichtliche Zusammenstellung der in den ersten 25 Bänden erschienenen Originalabhandlungen zu zeigen, dafs der zugleich internationale, fortschrittliche und praktische Charakter des Blattes, welcher dasselbe von Anfang an auszeichnete, gewahrt und somit die Absicht, mit welcher es gegründet wurde, vollauf erfüllt war.

Im Anfang der achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts war ein wesentlicher Fortschritt nur zu erzielen durch Heranziehung der ausländischen Erfahrungen, der Arbeiten ausgezeichneter englischer und französischer, amerikanischer und italienischer, nordischer und russischer Forscher als Gegengewicht gegen die damals erdrückende Autorität der alten Wiener Schule. Diese Zeit ist vorbei. Die Mitarbeit ausländischer Autoren an unserer Zeitschrift, die internationalen dermatologischen Kongresse, die Herausgabe des „Internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten“ und der Schätze des Museums Baretta, die persönliche Bekanntschaft deutscher und ausländischer Autoren haben längst den erwünschten Ausgleich und ein verständnisvolles Zusammenarbeiten aller Dermatologen der Welt zur Folge gehabt.

Eine Fülle von wertvollen Arbeiten unserer Zeitschrift auf dem Gebiet der Klinik, der Histopathologie und Bakteriologie, der experimentellen Pathologie und Therapie, welche hier auch nur im Fluge zu streifen, der Raum verbietet, war in ruhig sich abwickelnder Folge der Ausdruck dieses allgemeinen wissenschaftlichen Aufschwunges der Dermatologie, welcher die verflossenen elf Jahre kennzeichnet.

Wie in der ersten 25bändigen Serie sich aber zwei Kategorien von Forschungen besonders geltend machten und unserer Zeitschrift gleichsam ein spezifisches Gepräge aufdrückten, so ist es auch in der folgenden zweiten Serie geblieben.

Damals war es die tinktorielle Technik der mikroskopischen Untersuchung einerseits und die medikamentöse Technik der therapeutischen Methoden andererseits, welche mit besonderer Vorliebe in unserer Zeitschrift kultiviert wurden. Die erstere Kategorie hat sich im folgenden Jahrzehnt als die fruchtbarere erwiesen, denn sie hat — von der Elastinfärbung bis zur Granoplasmafärbung — auf die gesamte Histopathologie befruchtend gewirkt, während die medikamentöse Technik bisher noch auf das engere Gebiet der Dermatologie beschränkt geblieben ist.

Beide Forschungsarten sind auch in der heute vorliegenden Serie nicht vernachlässigt, aber an Interesse und Umfang von zwei modernen Richtungen überholt worden.

Im Gebiete der Mikroskopie hat unsere Zeitschrift einen neuen Zweig entwickelt, welcher die harmonische Verschmelzung der bisher getrennt marschierenden Makrochemie und Mikrochemie der Haut anstrebt. Hoffen wir, daſs es auch ihm gelingt, von hier aus anregend auf das übrige groſse Gebiet der physiologischen Organchemie zu wirken.

In therapeutischer Beziehung hat die modernste Richtung physikalischer Heilmethoden — die Behandlung mit elektrischen, Licht-, Finsen-, Röntgen- und Radiumstrahlen — die chemische Therapie etwas in den Hintergrund gedrängt. Ob das so bleiben wird, erscheint sehr fraglich. Vermutlich wird die Konkurrenz dieser physikalischen Richtung erst recht — anregend und klärend — auf die medikamentöse Therapie wirken. Die Behandlung der Hautkrankheiten als Ganzes kann durch diese Konkurrenz nur gewinnen.

Wir können somit unser Geleitwort mit einem hoffnungsvollen Ausblick auf eine arbeits- und erfolgreiche Zukunft schlieſsen.

Unna.

Was leistet die histologische Untersuchung der Hautkrankheiten für die Praxis?

Von

Dr. JOHANNES FICK-Wien.

Über den grofsen Wert der histologischen Untersuchung für die wissenschaftliche Erforschung der Hautkrankheiten sind die Akten längst geschlossen; die mittelbare Bedeutung der mikroskopischen Untersuchung für die Praxis wird somit allgemein anerkannt, ist wohl auch nie ernstlich bezweifelt worden. Anders steht es mit der Frage nach dem unmittelbaren Wert der histologischen Untersuchung für die Praxis, mit der Frage insbesondere nach ihrem Wert für die Diagnose. Vom Standpunkte des Praktikers aus betrachtet, unterliegt die histologische Untersuchung noch einer recht schwankenden Bewertung und von vielen Seiten wird ihre Bedeutung für die Praxis recht gering geschätzt. Es ist das zum Teil auch ganz berechtigt und ich will gleich feststellen, dafs ich, fern von übertriebenem Optimismus ohne weiteres zugebe, dafs in vielen Fällen die histologische Untersuchung dem Kliniker garnichts oder nur sehr wenig nützt, ihm nur das sagt, was er auf Grund seiner klinischen Untersuchung schon wufste und — was nicht genau dasselbe ist — ihm das gerade nicht sagen kann, was er wissen wollte. Ich gebe also ohne weiteres zu, dafs in einer Reihe von Fällen die histologische Untersuchung ganz oder nahezu wertlos für die Praxis ist. Andererseits wird man mir auch ohne weiteres zugeben, dafs bei einer anderen Reihe von Fällen das Resultat der histologischen Untersuchung von ausschlaggebender Bedeutung für den Kliniker ist. Wenn sich nun die Ergebnisse der histologischen Untersuchung immer und ein für allemal in diesen beiden extremen Gruppen von Fällen unterbringen liefsen, wäre es nicht notwendig darüber zu sprechen. Ich glaube nun aber, dafs es eine nicht geringe Anzahl von Fällen gibt, bei denen es ganz in den Händen des Untersuchers liegt, das Untersuchungsresultat für den Kliniker sehr wertvoll oder belanglos zu gestalten, dafs ferner, ohne dafs neue Untersuchungsmethoden erfunden werden müfsten, schon heute die Zahl der Fälle, bei denen das Untersuchungsresultat der mikroskopischen Untersuchung belanglos ist, bei einigem guten Willen wesentlich reduziert werden könnte und solche Fälle, bei denen das Resultat der histologischen Untersuchung belanglos erscheint, in solche umgewandelt werden könnten, bei denen die histologische Untersuchung, wenn auch nicht geradezu von ausschlaggebender Bedeutung, so

doch von nicht zu verachtendem Nutzen bei Feststellung der Diagnose sich erweist. Kurz ich meine, dafs die histologische Untersuchung schon heute für die Praxis de facto mehr leisten kann, als man vielfach annimmt.

Man begegnet den eigentümlichsten Anschauungen über die Leistungsfähigkeit der histologischen Untersuchung. Auf der einen Seite sagt mir einmal ein Kollege, die histologische Untersuchung sei nur gut „zum Publizieren" — also vollständige Nichtachtung des praktischen Wertes der histologischen Untersuchung. Auf der anderen Seite steht ein anderer Kollege, der mit dem Ansinnen an mich herantritt, nach Betrachten eines einzigen, mit Hämalaun-Eosin gefärbten, von einer entzündlichen Dermatose stammenden Präparates die Diagnose zu stellen. In diesem Ansinnen spricht sich eine Überschätzung der Leistungsfähigkeit des Mikroskops aus, welche ebenso falsch ist, wie die in dem Urteil „zum Publizieren" liegende Unterschätzung. Eine solche falsche Beurteilung ist aber nicht gleichgültig für die Sache, denn es ist ohne weiteres klar, dafs derjenige, der eine falsche theoretische Vorstellung vom praktischen Wert der histologischen Untersuchung hat, von dieser Vorstellung auch sein Vorgehen abhängig machen wird, wenn in der Praxis die mikroskopische Untersuchung eines Falles in Frage kommt. Derjenige, der der histologischen Untersuchung jeden praktischen Wert abspricht, wird sie konsequenterweise nur dann vornehmen, wenn der Fall eben zum Publizieren geeignet ist, derjenige aber, der ihren praktischen Wert überschätzt, wird zwar eifrig Untersuchungsmaterial exzidieren, sich aber an einer Hämalaun Eosinfärbung eines Formolpräparates und allenfalls noch einigen anderen Präparaten genügen lassen, weil er ja der Ansicht ist, dafs das Mikroskop ohne weiteres die Fähigkeit hat, die gewünschte Auskunft zu erteilen. Die falschen theoretischen Vorstellungen sind also wohl wert, bekämpft zu werden, und ich möchte ihnen daher gleich den präzisen Satz entgegenstellen: Die histologische Untersuchung leistet in einer Reihe von Fällen allerdings nichts oder äufserst wenig für die Praxis, aber die Anzahl dieser Fälle kann schon bei dem heutigen Stande der Technik bedeutend eingeschränkt werden, vorausgesetzt, dafs richtig zu Werke gegangen wird, die Untersuchungstechnik richtig gehandhabt wird und nicht, in Überschätzung der Leistungsfähigkeit des Mikroskops, Bedingungen nicht erfüllt werden, welche die Voraussetzung für eine auch für die Praxis ergebnisreiche Untersuchung bilden. Diese Vorbedingungen sollen im Folgenden kurz besprochen werden oder es soll mit anderen Worten die Frage erörtert werden: Wie mufs vorgegangen werden, um die bei dem gegebenen Stande der Untersuchungstechnik und des theoretischen Wissens höchstmögliche Leistungsfähigkeit der histologischen Untersuchung für die Praxis zu erzielen?

Eine der Hauptbedingungen sehe ich in einem verständnisvollen Zusammenarbeiten des Klinikers und des Histologen, wobei es gleichgültig ist, ob beide sich in einer Person vereinigen oder ob, wie das wohl oft und von Jahr zu Jahr immer häufiger der Fall ist, die mikroskopische Untersuchung nicht von dem klinischen Beobachter, sondern von einem speziell mit mikroskopischen Untersuchungen sich befassenden vorgenommen wird. Der Kliniker mufs dem Mikroskopiker nicht nur die Krankengeschichte des Falles, von welchem das exzidierte Stück stammt, vorlegen, sondern ihm vor allen Dingen auch eine genaue Beschreibung der zu untersuchenden Effloreszenz im Moment der Exzision und Angaben über ihren Verlauf bis zur Exzision zur Verfügung stellen. Er mufs angeben, ob die ganze Effloreszenz exzidiert wurde oder nur ein Teil und welcher Teil (Randpartie, Mitte?), ob und wo nach dem klinischen Aussehen normale Haut sich im exzidierten Stück vorfindet u. dergl. Kurz das, was ich als Anamnese des exzidierten Stückes bezeichnen möchte, mufs dem Mikroskopiker insoweit als möglich lückenloser Angabe geboten werden. Diese Bedingung wird nun durchaus nicht immer berücksichtigt, doch kommt einem das nur dann recht zum Bewufstsein, wenn klinische und mikroskopische Untersuchung nicht von einer und derselben Person vorgenommen werden. Nimmt der Kliniker die mikroskopische Untersuchung selbst vor, so empfindet er es weniger störend, wenn er versäumt hat, die Anamnese der Effloreszenz genau aufzunehmen. Es kommt ihm vielleicht garnicht zum Bewufstsein, dafs ihm bei der Untersuchung etwas fehlt und doch ist das Manko vorhanden und kommt vielfach in einem unbefriedigenden Resultat der mikroskopischen Untersuchung zur Geltung. In manchen Fällen ist eine genaue Kenntnis der Vorgeschichte der zu untersuchenden Effloreszenz zwar nicht unbedingt notwendig, um den Mikroskopiker zur Diagnose zu führen, aber genaue anamnestische Daten können ihm sehr viel Zeit ersparen und umgekehrt ungenügende seine Arbeit ganz wesentlich erschweren und sie viel zeitraubender gestalten, als notwendig.

Eine weitere Voraussetzung für eine erfolgreiche histologische Untersuchung besteht darin, dafs das exzidierte Stück für eine Bearbeitung mit möglichst zahlreichen Untersuchungsmethoden vorbereitet sei. Es sollen namentlich möglichst viel verschiedene Tinktionsmethoden in Anwendung gebracht werden können. Diese Forderung, so selbstverständlich sie klingen mag, ist solange nicht selbstverständlich, als es noch immer so häufig vorkommt, dafs zu untersuchendes Material nur in Formol fixiert wird und die Schnitte der Färbung mit Hämalaun-Eosin als der Universalmethode zugeführt werden. Ich stelle gewisse Vorteile der Formolfixierung durchaus nicht in Abrede, ebensowenig wie ich die Hämalaun-Eosinfärbung als unbrauchbar bezeichnen will, aber ich halte es für einen

Fehler, das von einem Patienten stammende Material **nur** in Formol zu fixieren und die Hämalaun-Eosinfärbung als die in erster Linie in Betracht kommende Methode anzusehen oder gar als einzige zu verwenden. Das Ideal ist natürlich, daſs das Material in jedem Fall nach allen bekannten Methoden fixiert und auch nach allen bekannten Methoden tinktoriell behandelt werde. Aus äuſseren Gründen läſst sich das in der Praxis nicht erreichen, deshalb empfiehlt es sich, diejenige Methode der Fixierung in erster Linie zu wählen, welche die mannigfaltigste Verwertung der Färbetechnik gestattet, und das ist die Fixierung in absolutem Alkohol. Die Alkoholfixierung empfiehlt sich auch deshalb in erster Linie, weil gerade die aus der berufensten Feder vorliegenden Beschreibungen der Befunde, die Schilderungen, die wir Unna in seiner Histopathologie verdanken, sich vorwiegend auf Alkoholpräparate stützen. Um nicht miſsverstanden zu werden, formuliere ich meine Ansicht in dem Satz: Man fixiere in erster Linie in absolutem Alkohol; hat man reichlich Material zur Verfügung, so ist es gewiſs sehr gut, wenn man auch andere Methoden der Fixierung (Sublimat usw.) heranzieht; in jedem Falle fixiere man aber, wenn man für eines der anderen Fixierungsmittel eine besondere Vorliebe haben sollte, wenigstens einen Teil des Materials in Alkohol. Alkoholpräparate sollen niemals ganz fehlen. Auf Einzelheiten der Technik der Fixierung, der Einbettung, des Schneidens und Färbens einzugehen, habe ich hier keine Veranlassung, nur hinsichtlich der Materialgewinnung möchte ich bemerken, daſs zu knappes Bemessen des zu exzidierenden Stückes, sowie namentlich auch Gewinnung des Materials durch Exkochleation sich manchmal durch ein unbefriedigendes Resultat der Untersuchung rächen.

Daſs der Untersucher die Technik beherrschen muſs, ist ohne weiteres klar. Ich möchte hier nur hervorheben, daſs es meiner Ansicht nach nicht gerechtfertigt ist, den rein technisch-präparierenden Teil der Untersuchung für die relativ sehr minderwertige Leistung zu halten und finde es sehr bedauerlich, daſs so mancher, der wohl genügend Zeit hätte, seine Präparate selbst anzufertigen, dies zu tun, für unter seiner Würde hält, resp. zu bequem dazu ist. Die Analyse eines tadellosen Präparates ist häufig gar keine besondere Kunst und es verdient daran erinnert zu werden, daſs jeder Fortschritt der Erkenntnis in dem uns hier interessierenden Gebiet sich immer direkt auf einen Fortschritt der Untersuchungstechnik zurückführen läſst. An einem dünnen Mikrotomschnitt eine Unzahl von Dingen zu sehen, die an einem Zupfpräparate nicht demonstrabel waren, ist keine Leistung; schwieriger ist es manchmal schon, einen feinen Mikrotomschnitt herzustellen; am mühevollsten war aber doch wohl die Arbeit derjenigen, welche die Mikrotomtechnik ausarbeiteten, und auf ihren Schultern stehen wir jetzt. Die Epithelfasern an einem gut gefärbten Präparat zu sehen, ist keine Kunst; ein solches Präparat her-

zustellen, gehört immerhin schon zu den schwierigeren Aufgaben des Präparierenden; am meisten geleistet haben aber auch hier wieder diejenigen, die in mühevoller Arbeit die Methoden erfanden, mit deren Hilfe wir heute jedem Laien feine Strukturbestandteile der Epidermiszellen demonstrieren können. Die Plasmazellen sieht heute mit Leichtigkeit jedermann, die Entdeckung dieser Zellform war aber nichts anderes als die notwendige Konsequenz eines Fortschrittes der Technik, die Folge der mühevollen Bestrebungen UNNAs, das Protoplasma gegenüber dem Kollagen färberisch zu differenzieren. Die Entdeckung der Mastzellen war ebenfalls nun die ganz direkte Folge färbetechnischer Untersuchungen EHRLICHS. Weitere ähnliche Beispiele ließsen sich in Menge anführen, und es ist nur sonderbar, daſs man vielfach, obgleich man die groſse Bedeutung der Technik als etwas Selbstverständliches anerkennt, andererseits doch die Leistung des Technikers als eine relativ minderwertige bezeichnet und, was für die Praxis schlimmer ist, die Anfertigung der Präparate als den relativ sehr nebensächlichen Bestandteil der ganzen Untersuchung ansieht und ihn dementsprechend nur zu gern dem Anatomiediener überläſst. Ist man durch äuſsere Gründe gezwungen, die Hilfe eines Handlangers, der die Herstellung der Präparate handwerksmäſsig betreibt, in Anspruch zu nehmen, so soll man wenigstens dafür sorgen, daſs dieser Präparator auch mit den modernen Methoden der Färbung vertraut sei. Der Wert der Anwendung möglichst mannigfaltiger Tinktionsmethoden gerade für den uns hier interessierenden rein praktischen Zweck wird noch immer nicht genügend gewürdigt. Die Berechtigung, dies zu behaupten, schöpfe ich, von persönlichen Erfahrungen abgesehen, aus der Durchsicht einer gröſseren Zahl von Arbeiten in den dermatologischen und namentlich in den anatompathologischen Fachzeitschriften. Die Hämalaun-Eosinfärbung spielt bei den allermeisten Untersuchern noch immer eine hervorragende Rolle. Ich spreche — wie schon gesagt — dieser Methode ihre guten Seiten nicht ab, aber ich halte es für einen Fehler, sie in erster Linie und als Übersichtsfärbung anzuwenden, und wenn man sie allein oder fast allein benutzt, so ist das ein vielleicht schon selten vorkommender, aber sich doch wohl noch findender Anachronismus. Gegen die unverdiente Beliebtheit der Hämalaun-Eosinfärbung ankämpfen zu wollen, ist heute noch ein ziemlich vergebliches Bemühen, aber verlangen kann man schon heute, daſs neben dieser Methode und neben der schön polychromen, aber auch meistens nicht allzuviel leistenden VAN GIESON-Methode in allen Fällen auch die Färbungen mit basischen Anilinfarben, mit Anilinfarbgemischen, die Methoden zur Darstellung der elastischen Fasern und auch die verschiedenen Differenzierungsmittel angewendet werden. Man wird mir erwidern, das geschehe ja sowieso, worauf ich behaupte, daſs das noch lange nicht in allen Fällen und noch lange nicht in genügendem Maſse geschieht und

zum Beweis wieder nur auf die Angaben in den Fachzeitschriften verweise. Das worauf ich hinaus will, ist ja auch nur folgendes: Die Methoden mit basischen Anilinfarben und die anderen modernen Methoden sollen in erster Linie angewendet und niemals unterlassen werden, die Hämalaun-Eosinmethode und überhaupt die älteren Methoden sind nicht zu vernachlässigen, kommen aber erst an zweiter Stelle in Betracht und man kann manchmal auf ihre Anwendung verzichten. Zurzeit ist es, so viel ich sehe, noch umgekehrt, und nur dagegen wende ich mich. Je mehr verschiedene Tinktionsmethoden man anwendet, um so mehr wird man Differenzen in den Bildern der verschiedenen pathologischen Prozesse finden und somit für die Differentialdiagnose Anhaltspunkte gewinnen. Die Überzeugung, daſs man von dem zu untersuchenden Stück zahlreiche Schnitte anfertigen und nach Möglichkeit in Serien schneiden soll, hat sich, in der Theorie wenigstens, wohl schon soweit eingebürgert, daſs darüber nichts zu bemerken ist, auſser allenfalls, um das oben gesagte nochmals hervorzuheben, daſs man die zahlreichen Schnitte auch mit vielen Tinktionsmethoden behandeln soll, woraus sich die praktische Regel ergibt, bei der Anfertigung von Serien nicht gar zu viel Schnitte auf einen Objektträger unterzubringen, um sich nicht quoad tinctionem die Hände zu binden.

Über die Fragestellung, mit welcher man an ein Präparat herantritt, noch einige Worte. Wenn jemand sich die Aufgabe stellt, an einem Präparat ganz unbekannter Provenienz eine Diagnose zu stellen, so ist das ein Sport, mit dem man sich nicht ohne Nutzen beschäftigen wird, der aber die Verhältnisse, wie sie die Praxis bietet, nicht richtig nachahmt. In der Praxis ergibt sich die Fragestellung in zweierlei Form. Entweder erscheint der zu diagnostizierende Fall bei der klinischen Untersuchung ganz rätselhaft. Dann muſs das angegeben werden und die mikroskopische Untersuchung hat dann den Weg zu weisen und die weitere klinische Beobachtung auf die Prozesse zu lenken, an die auf Grund des mikroskopischen Befundes überhaupt gedacht werden kann. Immer wird die mikroskopische Untersuchung insofern etwas leisten, als sie eine ganze Reihe von Prozessen als bestimmt n i c h t bei der Diagnose in Betracht kommend, wird angeben können. In vereinzelten Fällen wird vielleicht aucht eine direkte und positive Auskunft auf Grund des mikroskopischen Bildes gegeben werden können. Oder, und das ist natürlich die viel häufigere Form des Dilemmas, die klinische Untersuchung gelangt bis zu einem Punkt, wo die Differentialdiagnose zwischen wenigen überhaupt noch in Betracht kommenden Prozessen zu stellen ist. Hier hat der Kliniker die Prozesse, um die es sich handeln kann, anzugeben, und nur wenn er das tut, kann er überhaupt erwarten, daſs der Mikroskopiker die differentialdiagnostische Aufgabe lösen kann. Zahlreiche Hautkrankheiten zeigen bei hervorragender Ähnlichkeit des klinischen Bildes, mikroskopisch

auf den ersten Blick festzustellende oder doch immer relativ leicht nachweisbare Differenzen untereinander, während bei einer anderen Reihe von Prozessen, die klinisch leicht voneinander zu unterscheiden sind, die Unterschiede in den mikroskopischen Bildern nur geringe, mit unseren heutigen Methoden nur sehr schwer oder garnicht feststellbare sind. Daraus geht hervor, daſs eine Differentialdiagnose für den Mikroskopiker oft sehr leicht zu stellen ist, während er bei genau den gleichen Fällen die Antwort schuldig bleiben müſste, wenn der Kliniker mit der einfachen Frage: Was ist das? an ihn herantreten würde. Nur wenn der Kliniker sein ganzes Wissen über den zu untersuchenden Fall dem Mikroskopiker zur Verfügung stellt, kann er erwarten, daſs dieser die noch vorhandenen Lücken des Wissens durch das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung wird ausfüllen können. Wenn klinischer und mikroskopischer Untersucher in einer Person vereinigt sind, so ist zu verlangen, daſs der Kliniker, wenn er sich in den Mikroskopiker verwandelt, auch mit der modernen Färbetechnik vertraut ist und sie im speziellen Fall auch wirklich anwendet. Wenn aber die Verwandlung in den Mikroskopiker sich nur darin äuſsert, daſs eine Exzision vorgenommen wird, wenige Schnitte mit wenigen Methoden oder gar nur mit einer Methode gefärbt werden, so hat man gar nicht das Recht, von der mikroskopischen Untersuchung einen wesentlichen Vorteil für die Diagnose zu erwarten. Ergibt sich ein solcher Vorteil doch, so liegt darin nicht eine Rechtfertigung des Vorgehens, sondern nur ein Beweis dafür, daſs man eben manchmal Glück hat und ausnahmsweise auch mit nur geringer Mühe zum Ziel kommen kann.

Die vorliegenden Bemerkungen wenden sich an den in der Praxis stehenden Arzt, dem ich, falls ihn das eine oder andere Mal das Ergebnis einer mikroskopischen Untersuchung nicht befriedigt haben sollte, den Gedanken nahe legen wollte, daſs an der von ihm vielleicht beobachteten geringen praktischen Leistungsfähigkeit der histopathologischen Untersuchung möglicherweise ein unzweckmäſsiges Vorgehen bei der Untersuchung die Schuld trug. Die histologische Untersuchung ist keine Panazee gegen alle Gebrechen der Diagnose. Sie gehört nur als ein allerdings sehr wichtiges Glied in die Kette aller Untersuchungsmethoden, die auſser der makroskopischen Betrachtung einer Hautaffektion in Frage kommen.

Aus dem dermatologischen Institut der Königl. ungarischen Universität in Budapest (Vorstand: Prof. LUDWIG NÉKÁM).

Weitere Beiträge zur Pathogenese der Syphilisrezidive.[1]

Von

Dr. JOSEF GUSZMAN,
emer. Universitätsassistent.

Vor kurzem konnte ich in einer Arbeit[2] nachweisen, daſs im Frühstadium der Syphilis die Spirochaeta pallida auch in jenen Körperteilen anzutreffen ist, an denen nunmehr keine klinisch feststellbaren luetischen Symptome vorhanden sind, die aber vor kurzem noch syphilitisch erkrankt waren. Meine Untersuchungen bezogen sich vorwiegend auf die Tonsillen, denn es stellte sich heraus, daſs der Nachweis der Spirochäten hier am ehesten zu erbringen ist. Der Schwerpunkt meiner Untersuchungen lag also darin, daſs es auch ohne „klinische“ Symptome gelingt, die Spirochäten nachzuweisen.

Ich habe meine Untersuchungen fortgesetzt und hatte nun nicht nur Tonsillen untersucht, die vorher der Sitz syphilitischer Erscheinungen waren, sondern auch solche, von welchen infolge genauer klinischer Beobachtung festgestellt war, daſs sie bis zur Zeit der Untersuchung noch kein syphilitisches Symptom gezeigt hatten. Es gelangten deshalb Fälle zur Untersuchung, die einer energischen Frühbehandlung unterzogen waren und bis zum Zeitpunkte der Untersuchung überhaupt noch frei von jedem klinischen syphilitischen Symptom waren. Die Diagnose der frühbehandelten Fälle wurde durch den Nachweis der Spirochaeta pallida in der jungen Sklerose festgestellt. Mit der Frühbehandlung wurde gewöhnlich in der dritten bis vierten Woche post infectionem begonnen. Sie bestand ausnahmslos aus einer Schmierkur von 40—50 Inunktionen, à 3—4 g. Gegenwärtig haben wir schon eine gröſsere Anzahl von Fällen, die einer Frühbehandlung unterzogen wurden. Von dieser Serie von Fällen wählten wir fünf Fälle, bei welchen wir die tonsilläre Spirochätenuntersuchung unternahmen. Sämtliche fünf Fälle waren gelegentlich der Untersuchung frei von jedem allgemeinen syphilitischen Symptom, ja sie sind es — mit Ausnahme eines Falles — noch heute. Das Alter der Syphilis variierte zur Zeit der

---

[1] Vorgetragen in der XIII. Sektion des XVI. Internationalen medizinischen Kongresses in Budapest 1909.

[2] J. GUSZMAN. *Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 32 u. 33.

Untersuchung zwischen drei und acht Monaten. Die zur Untersuchung gelangenden Tonsillen zeigten teils beiderseitig, teils nur auf einer Seite eine gewisse rigide, kammartig hervortretende Infiltration, wobei aber die Epitheldecke normal erschien. Schon bei meinen früheren Untersuchungen erwies es sich, daſs diese Infiltration ein genügend verläſsliches Zeichen dafür ist, daſs die Tonsillen Spirochäten beherbergen.

Die tonsilläre Untersuchung gab in drei Fällen ein positives Resultat, indem die Spirochäten verhältnismäſsig leicht nachzuweisen waren. In allen drei Fällen konnte ich innerhalb mehrerer Wochen die Syphilisparasiten mehrere Male — zwei- bezw. dreimal — nachweisen.

Die Technik der Spirochätenuntersuchung war dieselbe, welche ich in meiner früheren Arbeit angab. Bei dem oberflächlichen Abkratzen der Tonsille ist es aber zu empfehlen, daſs das hervortretende Blut mit einiger Geschicklichkeit von dem sich dort leicht ansammelnden Schleim iloliert wird. Das mit Schleim verunreinigte Präparat erschwert nämlich sehr die tadellose Färbung mit der Giemsaschen Lösung.

Meine Fälle, die also bis zur Zeit der Untersuchung keinerlei allgemeine, also auch keine tonsillären Symptome aufwiesen und dennoch in den Tonsillen Spirochäten beherbergten, sind kurz folgende:

Erster Fall. X. Y., 23 Jahre alt, Arzt. Infektion im September 1908. Der Kranke stellt sich zuerst in der ersten Hälfte des Monats Oktober vor, als sein Primäraffekt, eine flache Ulceration von der Gröſse einer Linse am inneren Präputiumblatte, etwa drei bis vier Wochen alt war. Die Leistendrüsen waren nicht erheblich vergröſsert. Nachdem ich in der Läsion reichlich typische Pallidae fand, ordnete ich sofort die Frühbehandlung an. Dieselbe bestand aus einer Schmierkur (50 Stück 3 g-Dosen), muſste aber nach 24 Einreibungen aus äuſserlichen Gründen für einige Wochen ausgesetzt werden. Der Patient behandelte sich im übrigen äuſserst pünktlich und wurde Nichtraucher. Die Sklerose heilte unter der Wirkung der lokalen und allgemeinen Quecksilberbehandlung sehr bald. Zu einem klinisch nachweisbaren allgemeinen Symptom ist es bis jetzt überhaupt nicht gekommen. Ende Novemher 1908 schwollen die Tonsillen ein wenig an, doch blieb deren Oberfläche glatt und anscheinend normal. Dieser Zustand der Tonsillen besteht noch heute. Im Geschabe der rechten Tonsille konnte ich im April sowie in der zweiten Hälfte des Monats Juni 1909 reichlich typische Spirochaetae pallidae nachweisen. Auf Grund dieses Befundes ordnete ich Ende Juni 1909 eine neuerliche Quecksilberschmierkur (30 Stück à 3 g) an. Die dritte tonsilläre Spirochätenuntersuchung nahm ich am 15. Juli vor, gerade als sich der Kranke in der Mitte der Kur befand. Das Resultat war diesmal ein negatives.[3]

[3] Die am 9. August 1909 unternommene vierte Spirochätenuntersuchung gab abermals ein negatives Ergebnis.

Zweiter Fall. X. Y., 20 Jahre alt, Reporter, infizierte sich Ende Januar 1909. Den Primäraffekt, der in der Fossa navicularis der Harnröhre safs, sah ich zuerst Mitte Februar. Die Inguinaldrüsen waren bereits etwas geschwollen. In der Läsion der Harnröhre fanden sich sehr reichlich typische Spirochaetae pallidae. Darauf wurde sogleich eine Schmierkur eingeleitet (50 Stück à 3 g). Der Kranke befolgte die Kur sehr genau. Dabei blieben die allgemeinen Symptome aus. Ende März 1909 fingen die Tonsillen ein wenig zu schwellen an, doch blieb ihre Epitheldecke normal, auch verursachten sie keinerlei subjektive Symptome. Die damals ausgeführte Untersuchung auf Spirochäten (rechte Tonsille) ergab ein positives Resultat, die typischen Spirochaetae pallidae fanden sich in grofser Anzahl vor. Zwei Wochen später (14. April 1909) erfolgte die zweite Untersuchung, das Ergebnis war jetzt wieder positiv. Ende April, also zwei Wochen später, stellte sich erst das erste und alleinige Symptom ein, das sich in Form je einer Plaque an den Tonsillen zeigte. Kurz vor dem Entstehen der Plaques fing der Kranke zu rauchen an, und so ist es wahrscheinlich, dafs sich infolge dieses Reizes die in den Tonsillen verborgenen Spirochäten vermehrten und eine Reaktion zustande brachten.

Dritter Fall. X. Y., 22 Jahre alt, Universitätshörer. Die Syphilis akquirierte er im Anfang Dezember 1908. Er stellte sich zum ersten Male Ende Dezember 1908 vor. Der Primäraffekt war im Sulcus coronarius eine indurierte Erosion, etwa einhellergrofs. Die Leistendrüsen fand ich etwas geschwollen und induriert. Die Erosion enthielt reichlich typische Pallidae. Ich ordnete daher sogleich eine Schmierkur an, die aus 30 Stück 3 g- und 20 Stück 4 g-Dosen bestand. Der Kranke rauchte nicht und befolgte die Kur pünktlichst. Er bekam bisher noch kein einziges Symptom von universellem Typus. Anfangs März 1909 sind die Tonsillen merklich infiltriert, etwas kammartig hervorstehend, doch sind sie klinisch syphilitisch nicht verändert. Dieser Zustand verstärkte sich etwas innerhalb einer Woche. In dem damals (10. März 1909) gewonnenen Geschabe der Tonsille fanden sich reichlich typische Spirochaetae pallidae vor. Eine ähnliche Untersuchung stellte ich noch im selben Monate zweimal an (19. und 30. März 1909) und der Befund blieb immer positiv. Klinisch war trotzdem kein syphilitisches Symptom weder an den Tonsillen noch sonstwo am Körper zu konstatieren.

Meine Untersuchungen beweisen also in erster Reihe, dafs im Frühstadium der Syphilis die Parasiten in den Tonsillen auch dann nachweisbar sind, wenn nicht nur zur Zeit der Untersuchung kein klinisches Symptom besteht, sondern auch dann, wenn die Tonsillen überhaupt noch keine spezifische Erscheinung zeigten. Nachdem es uns aber gelungen ist, das Vorhandensein der Spirochäten in den Tonsillen festzustellen, so scheint es zweifellos, dafs durch die Behandlung, sei sie auch früh begonnen

worden und sei auch dadurch der klinische Symptomenkomplex der Generalisierung der Syphilis (universelles Exanthem, Fiebererscheinungen, Kopfschmerz usw.) unterdrückt worden, das Verschleppen der Spirochäten nicht ausbleibt. Sie lassen sich auf gewohnte Art und wahrscheinlich auch in gewohnter Anzahl nieder und harren nur, um unter günstigen, teils uns bekannten (Reiz, Rauchen), teils unbekannten Verhältnissen klinisch feststellbare Erscheinungen zustande zu bringen.

Ohne daſs wir uns jetzt in die Besprechung über den Wert der Frühbehandlung einlassen wollen, heben wir nur hervor, daſs es mittels der frühen antisyphilitischen Kur häufig gelingt, die Symptome der ersten Eruption nicht nur zeitlich hinauszuschieben, sondern auch gänzlich zu vereiteln. Unserer Ansicht nach ist es aber wahrscheinlich, daſs dieser Erfolg nicht gleichbedeutend mit dem Unterbleiben der allgemeinen Spirochäten-Invasion ist. Die ungestörte Verbreitung der Spirochäten im Organismus beweisen aber nicht nur die oben angeführten tonsillären Untersuchungen, sondern auch die klinischen Erfahrungen. Es ist eine vielfache Erfahrung im Laufe der Frühbehandlung, daſs sich gegen das Ende der selbst energischsten Kur oder noch innerhalb derselben an der Mundschleimhaut und noch mehr im Rachen spezifische Erscheinungen entwickeln. In diesen Erscheinungen sind dann die Spirochäten mit gröſster Leichtigkeit nachzuweisen. Daſs die die spezifischen Schleimhautsymptome zustande bringenden Spirochäten tatsächlich schon zur Zeit der allgemeinen Überschwemmung hingeraten sind, das beweist auſser den tonsillären Spirochätenuntersuchungen auch die klinische Erfahrung, daſs die etwaigen gegen das Ende oder kurz nach Beendigung der Frühbehandlung auftretenden syphilitischen Schleimhautaffektionen zeitlich mit jenen Affektionen übereinstimmen, welche dann entstehen, wenn wir das sogenannte zweite Inkubationsstadium mit der Behandlung nicht beeinflussen, so daſs der erste allgemeine Symptomenkomplex seinen ungestörten Verlauf nehmen kann.

Anders verhält sich bei der Frühbehandlung die Hautdecke gegenüber den allgemeinen Symptomen. Hier soll man aber einen Unterschied machen zwischen der äuſserlichen Schmierkur und den übrigen Quecksilberkuren. Nachdem wir bezüglich der Frühbehandlung nur mit der Schmierkur eine gröſsere Erfahrung haben, so wollen wir hier nur über diese einige Bemerkungen machen. Wird diese genügend energisch (30—50 St. 3—4 g-Dosen) eingeleitet, so kann man wohl sagen, daſs es fast ausnahmslos gelingt, die erste allgemeine Hauteruptien zu vereiteln. Diese wird nicht nur zeitlich hinausgeschoben, sondern völlig vereitelt. Nachdem man aber mit Recht annehmen darf, daſs gelegentlich der Überschwemmung des Organismus mit den Spirochäten dieselben bei der Frühbehandlung in die Haut geradeso geraten, wie in die Tonsillen, so kann man mit Wahrscheinlichkeit an-

nehmen, daſs die Schmierkur mittels ihrer lokalen Wirkung das Entstehen der Symptome unterdrückt. Deshalb scheint mir auch der von Neisser[4] ausgedrückte Wunsch, jeder Syphilitiker soll wenigstens einmal eine energische Schmierkur durchmachen, für höchst angemessen und richtig. Er nimmt nämlich auch an, daſs die Schmierkur bei dieser Gelegenheit die Rolle einer lokalen Behandlung einnimmt, die so gegen die in der Haut etwa vorhandenen Spirochätenherde wirkt.

Daſs das in der Haut gelegene Quecksilber in solch kleinen Mengen schon genügt, um die Entwicklung des syphilitischen Ausschlages zu hemmen, zeigt als interessantes Beispiel die in letzter Zeit von Dohi[5] bekanntgegebene Beobachtung. Der Fall bezog sich auf einen Japaner, der fast am ganzen Körper dicht tätowiert war. Die Tätowierung war in zwei Farben gehalten und teils mit Tusche, teils mit Zinnober ausgeführt. Als sich der Mann nach Jahren eine frische syphilitische Infektion zuzog, in deren Folge er ein stark ausgesprochenes universell-papulöses Syphilid bekam, hatten sich die Papeln ausschlieſslich nur an jenem Teile des Körpers entwickelt, die entweder ganz normal oder nur mit Tusche tätowiert waren. An den Hautstellen, wo die Färbung mit Zinnober geschah, war von den Papeln nicht eine Spur zu sehen. Diese eigentümliche Anordnung des Syphilids ist an der gelungenen Reproduktion sehr deutlich zu sehen. Nachdem aber bekanntlich der Zinnober als unlösliche chemische Verbindung in der Haut fast unveränderlich jahrzehntelang verbleiben kann, ist es leicht einzusehen, welch minimale Menge von Quecksilber einwirkte, die schon genügte, daſs sich am selben Orte die Elemente des Syphilids nicht entwickeln konnten.

Zurückkommend auf die oben angeführten Befunde, nach welchen es gelang, in den Geweben syphilitischer Individuen auch ohne klinische Symptome die Spirochäten nachzuweisen, kann es nicht schwer sein, dafür auch unter anderen Verhältnissen eine Analogie zu finden. So ist es schon seit einigen Jahren bekannt, daſs es uns mittels der Levaditischen Imprägnierungsmethode häufig gelingt, im Organismus syphilitischer Föten und Neugeborenen die Spirochäten in riesiger Anzahl nachzuweisen, ohne daſs wir deshalb immer in den sie beherbergenden Organen als Reaktion wesentliche klinische oder pathologische Veränderungen feststellen könnten. Ein Unterschied liegt wesentlich wohl nur darin, daſs in Fällen von kongenitaler Syphilis die Anzahl der zu klinischen und pathologischen Symptomen nicht führenden Spirochäten um vieles gröſser ist wie in den Fällen von akquirierter Lues.

---

[4] Neisser, Bericht über die in Java angestellten experimentellen Syphilisforschungen. Verhandlungen der Deutsch. Dermat. Gesellschaft, X. Kongreſs 1908 in Frankfurt a. M.

[5] Dohi, *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1909. Bd. 96, Heft 1.

Im folgenden versuchen wir, die Resultate unserer Untersuchungen kurz zusammenzufassen. Im Frühstadium der Syphilis gelingt es verhältnismäfsig häufig, die typischen Spirochäten in den Tonsillen auch dann nachzuweisen, wenn an ihnen zur Zeit der Untersuchung klinisch kein syphilitisches Symptom zu bemerken ist. Ich konnte weiterhin nachweisen, dafs der Nachweis der Spirochäten nicht nur gelingt, wenn an den Tonsillen vor kurzem eine spezifische Erscheinung gesessen hat, sondern auch in Fällen, wo es infolge der früh eingeleiteten Behandlung überhaupt nicht zur Entwicklung eines allgemeinen spezifischen Symptoms, also auch nicht zu einer luetischen Erscheinung der Tonsillen kam. Diese letztere Erfahrung beweist aber, dafs das Verhindern der klinischen Symptome der Generalisierung mittels energischer Frühbehandlung noch nicht das bedeutet, dafs uns die Verschleppung der Spirochäten zu verhüten gelang. Ja, im Gegenteil, der positive Spirochätenbefund in den Tonsillen und manch andere klinische Erfahrung weisen darauf hin, dafs die Invasion des ganzen Organismus von Spirochäten auch dann in gewohnter Zeit und vielleicht auch in gewohnter Anzahl vor sich geht. Die Spirochäten können unter solchen Verhältnissen dort, wo sie hingeraten sind, ohne klinische Reaktion kürzere oder längere Zeit verweilen, bis sie mit der Zeit entweder zugrunde gehen oder an gewissen Stellen früher oder später teils auf uns bekannte Reize, teils auf uns unbekannte Einflüsse sich vermehren und zum Entstehen klinischer Reaktionen (Rezidive) führen. Diese Rezidive kommen an der Haut infolge einer energischen Schmierkur nur seltener vor, und somit ist es wohl anzunehmen, dafs die lokale Wirkung des Quecksilbers sogar in ganz minimalen Mengen schon den symptomlosen Zustand in grofsem Mafse aufrecht erhält. An der Schleimhaut der Mundhöhle und des Rachens sowie auch an anderen Stellen (am After herum und an den Genitalien), wo die verschiedenen Reize auf die gelegentlich des Eruptionsstadiums hingeratenen und dort sefshaft gebliebenen Spirochäten beständig einwirken, können die Rezidive leichter zustande kommen.

Aus der dermatologischen Klinik der Universität Moskau.
(Vorstand Prof. Dr. A. J. Pospelow.)

Ein Fall von Cutis verticis gyrata (Unna).

Von

Privatdozent Dr. S. L. Bogrow.

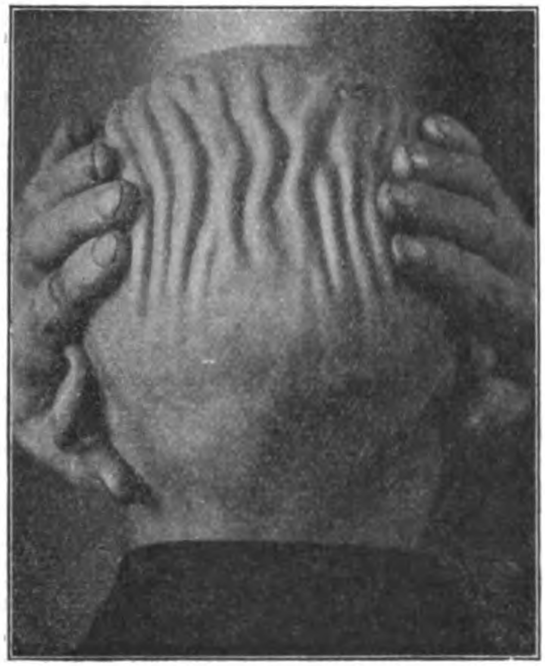
Mit einer Abbildung im Text.

Seitdem Jadassohn[1] zwei Fälle eigentümlicher Hautfaltung des Hinterkopfes auf dem Berner Kongresse mitteilte und die Erkrankung von seiten Unnas[2] auf Grund drei weiterer Beobachtungen unter dem Namen der Cutis verticis gyrata als eine eigenartige, im späteren Lebensalter entstehende Verbreiterung der Kopfhaut gedeutet wurde, kamen noch einige Fälle, die für die Aufklärung der Pathogenese der Krankheit neues Material darboten, zur Veröffentlichung. So glaubt schliefslich v. Veress[3], dem es gelang elf Fälle zu sammeln, dafs die Veränderung entweder auf einer angeborenen Anlage doch in erwachsenem Alter sich entwickelt, oder infolge einer chronischen Kopfhautentzündung entsteht. Audry[4] beobachtete dieses Leiden, „Pachydermie occipitate vorticellée“ von ihm genannt, bei einem 30jährigen Manne, der im Kindesalter an Kopfekzem und später an Impetigo der Kopfhaut litt. Die Krankheit sollte seit drei Jahren bemerkt worden sein. Prof. Pospelow[5] veröffentlichte neuerdings drei Fälle dieser interessanten Hautveränderung. Der erste Kranke, 29jähriger Schuhmacher, zeigte fast sagittal verlaufende, leicht gekrümmte Furchen und Falten auf dem Vorderscheitel, wo eine starke Ekzeminfiltration sich vorfand. Besonders wichtig war die Tatsache, dafs derselbe Kranke vor fünf Jahren in der Klinik wegen ähnlichen Kopfekzems aufgenommen wurde und damals keine Gyri auf seiner Haut trug. Der zweite Fall betraf einen 34jährigen Fabrikbesitzer, bei dem zugleich Alopecia praematura existierte. Die Vorderkopfhaut war weich, leicht verschiebbar und war dazu mit sagittalen feinen Furchen bedeckt, die beim Zusammenschieben der Haut als vertiefte und von wallartigen Falten umgebene Risse erschienen. Der dritte Kranke, ein 42jähriger Maler, hatte drei Falten auf dem Wirbel und schrieb die Erscheinung dem vor acht Jahren überstandenen pustulös-ulcerösen Syphilid der Kopfhaut zu, da er die Entstellung der Haut kurz danach bemerkt hatte. Prof. Pospelow hält die Krankheit für eine embryonale Anomalie, die aber im späteren Lebensalter unter pathologischen Einflüssen (Ekzem, Syphilis), vielleicht

infolge atrophischer Veränderungen der rudimentären Reste des M. platysma myoides (GEGENBAUER) zum Vorschein kommt.*

Vor kurzer Zeit hatten wir Gelegenheit, einen neuen Fall zu beobachten, den wir auch in der Moskauer Venerologischen und Dermatologischen Gesellschaft vorgestellt haben.

BASIL S., 30 Jahre alt, Schuhmacher von Profession, klagt über Haarverlust. Als Kind (bis sieben Jahre) kränklich (Morbilli, Scharlach usw.), Kopfhaut war immer leicht verschiebbar und konnte ohne Mühe in Falten geschoben werden. Vor zwei Jahren Erysipel der Kopfhaut. Vor einem Jahr ohne besondere Ursache scheibenförmiger Haarausfall, infolgedessen der Kopf zurzeit fast ganz kahl geworden ist — nur am Nacken und an den Schläfen ein Saum von dunkelbraunen Haaren. Der linke Schnurrbart und die Regio pubica stark gelichtet. Der Kranke anämisch, nervös. Magenkatarrh. Keine Obstipation. Zähne normal. Weder Hyperästhesien, noch Anästhesien der Kopfhaut. Auf dem rechten Tub. parietale ein mandelgroſser Naevus mollusciformis. Bei Untersuchung des kahlen Hinterhauptes sind zwei fast senkrecht vom Vertex nach unten und parallel zu einander verlaufende feine Furchen zu sehen. Jede von ihnen hat die Form einer gebrochenen Linie, deren stumpfer Winkel mit seiner Spitze nach rechts gewendet ist. Die Länge der Furchen beträgt 7 cm, ihr Abstand von einander $1^1/_2$ cm. Kopfhaut von normaler Farbe, nicht verdickt, ist überall, besonders aber am Hinterhaupt in allen Richtungen leicht verschiebbar. Beim Zusammenschieben der Haut von beiden Seiten werden die beschriebenen Sulci viel tiefer, es entstehen ringsum neue, zwischen allen aber befinden sich dicke Hautfalten. Dieses Bild verschwindet sofort, nachdem man mit dem Händedruck aufhört.



Es drängt sich zuerst der Gedanke auf, ob das nicht eine Abnahme des Turgors der Gewebe ist, wie solche bei Alopecia areata hauptsächlich

* OPPENHEIM zeigte in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 98, Heft 1) einen 26jährigen Arbeiter mit einer halbseitigen Anordnung dieser Affektion, die er der Naevusgruppe zuzählt.

von JACQUET[6] unter der Bezeichnung „Hypotonie“ beschrieben ist. Aber wenn wir auch von der Streitigkeit der Frage über den Zusammenhang beider Affektionen absehen, sollte solche Beweglichkeit der Haut gleichzeitig mit der Alopecia areata eintreten, während sie in unserem Falle angeboren war, also der Alopecie vorausging. Aufserdem haben wir hier noch konstant bleibende Furchen, die in das Bild der Hypotonie nicht eingereiht werden können. Natürlich ist die Beweglichkeit der Kopfhaut am leichtesten durch Cutis laxa zu erklären, aber die beschriebenen Furchen unterscheiden doch wieder unseren Fall von dem gewöhnlichen Aussehen dieser Affektion. Sie erinnern an diejenigen Fälle von Cutis gyrata, wo die Furchen spärlich, fein und nur beim Zusammenpressen der Haut tief wurden (zweiter Fall von POSPELOW, zweiter Fall von v. VERESS).

Unser Fall unterstützt auch die Ansicht, den Vorgang als Folge einer angeborenen Neigung zur Faltenbildung zu betrachten (gleichzeitige Cutis laxa) und erlaubt dem Einflusse der Entzündungszustände (Erysipel) eine gewisse Rolle zuzuschreiben. Ob die gerade Richtung der Hautfurchung (Cutis verticis striata im sechsten Fall von v. VERESS, sowie im zweiten Fall von POSPELOW) in irgend welcher Beziehung zum Haarverlust steht, möchten wir zurzeit unbeantwortet lassen.

Es sei an dieser Stelle unserem hochgeehrten Lehrer Herrn Prof. A. J. POSPELOW für die Überlassung des Falles unser bester Dank ausgesprochen.

Literaturverzeichnis.

1 JADASSOHN, Verh. d. Deutsch. Derm. Ges., IX. Kongreſs zu Bern. S. 452.

2 UNNA, *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* Bd. 45, S. 227.

3 v. VERESS, *Dermatol. Zeitschr.* Bd. 15, S. 675.

4 AUDRY, *Ann. de Dermatol. et de Syphil.* 1909. Nr. 4, S. 257.

5 POSPELOW, *Russ. Zeitschr. f. Haut. und vener. Krankh.* 1909. Bd. 18, Nr. 7, S. 1 (russisch).

6 JACQUET, *Ann. de Dermatol. et de Syphil.* 1900. S. 696.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 14. Dezember 1909.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. SCHULTZ spricht über **neue Gesichtspunkte in prinzipiellen Fragen der Lichttherapie.** Von den praktischen Ergebnissen dieses grundlegenden und auf die schwierigsten physikalischen Untersuchungen aufgebauten Vortrages ist hervorzuheben, daſs für die Lichtwirkung in die Tiefe keine Anämisierung notwendig ist, wenn auch

die Kompression bei der wärmeerzeugenden Finsenlampe nicht entbehrt werden kann, weil mit ihr die Kühlung verbunden ist. Für kalte Lichtquellen (Quarzlampe, Eisendampflampe) ist die Kompression überflüssig. Die Lichtwirkung ist sogar gröfser in durchbluteter Haut. Die menschliche Haut wird von den Strahlen des ultravioletten Teiles des Spektrums weit durchdrungen (Vorlage der Spektralphotographien, welche mit sehr engem Spalt aufgenommen werden müssen), doch hindert ihre spätere Wirkung die der Reaktion folgende Pigmentierung. Diese selbst ist immer schon als Schutz gegen die entzündliche Wirkung späterer Insolationen angesehen worden, und dies beweist gerade, dafs die entzündungserregende Wirkung der Sonnenstrahlen nicht auf die Epidermis, sondern auf die tieferen Hautschichten ausgeübt wird, dafs also ihre wirksamen Strahlenarten tief in die Menschenhaut eindringen können. Für die Lichtbehandlung ist es wichtig, die Pigmentbildung zu verhüten. Das gelingt durch fünfviertelstündige Bestrahlung, wie es Finsen schon gewufst hat. Schultz demonstriert geheilte Lupuskranke mit und ohne Pigmentierung der geheilten Flächen.

2. Chajes demonstriert einen jungen Mann mit angeborener fleckweiser Alopecie auf dem Scheitel. In den letzten Jahren hat sich auf der kahlen Stelle ein **papillomatöser Naevus** entwickelt.

3. Friedlaender demonstriert einen Mann ohne syphilitische Anamnese und mit gesunder Nachkommenschaft, der ausgedehnte **tertiäre Syphilide** der linken Wange aufweist.

Diskussion: Pinkus hat bei fast allen alten Prostituierten, die von einer überstandenen Syphilis nichts wufsten, positive Wassermannsche Reaktion gefunden.

4. Friedlaender demonstriert zwei Männer mit **Dermatitis herpetiformis Duhring**. An ihnen ist die Boecksche Lokalisation dieser Krankheit sehr schön zu sehen.

5. Friedlaender demonstriert einen jungen Mann mit **Lupus vulgaris** des linken Vorderarms und **Acrodermatitis atrophica** (Erythromelie Pick) der ganzen rechten unteren Extremität. Diese stauungsartige Dermatose veranlafste zur Cystoskopie, welche auch eine Stauung der rechten Seite der Blasenschleimhaut (Gefäfserweiterungen) ergab, während die linke Seite so gut wie frei war.

6. Friedlaender demonstriert einen sehr ausgebreiteten Fall von **Lichen planus** 15 Arseninjektionen haben schon eine bedeutende Besserung gebracht.

Diskussion: Blaschko wendet beim Lichen planus und ganz besonders bei derartigen universellen Fällen nicht mehr Arsen, sondern nur noch Röntgenbestrahlung an. Sie braucht in solchen akuten Fällen nur ganz schwach zu sein.

7. Arndt demonstriert zwei Äffchen (Hapale), die erfolgreich mit Kulturen der in der Novembersitzung demonstrierten **Sporotrichosis Beurmanni** geimpft sind.

8. Tomasczewski demonstriert Kulturen des Quinckeschen α-Pilzes, **Achorion Quinckeanum**. Die Kultur nähert sich Trichophytonkulturen, während der Ausschlag, der an der Stirn eines achtjährigen Mädchens safs, reichliche Skutula enthielt. Ebenso gibt es Trichophytien, deren Pilz favusähnlich wächst. Die Einordnung in das System mufs verschieden ausfallen, je nachdem man bei der Beurteilung dem klinischen Bilde oder der Kultur den Vorzug gibt. T. demonstriert die Ausschläge geimpfter Kaninchen und Meerschweinchen.

9. Chajes demonstriert die Kultur vom Ausschlag eines mit **Mäusefavus** behafteten Kranken. In dessen Umgebung (Geschäft) sollen 14 andere ähnliche Erkrankungen vorgekommen sein; die dort gefangenen Mäuse sahen räudig aus.

Diskussion: Tomasczewski gibt an, dafs bei Erwachsenen stets an Mäusefavus gedacht werden mufs.

Fachzeitschriften.

Lepra.
Bibliotheca internationalis.

Band IX, Heft 1.

1. **Zwei Fälle von Bazillenlepra mit visceraler Generalisation,** von De Beurmann, Vaucher und Guy Laroche. Kasuistik.

2. **Bericht über die Behandlung Aussätziger mit Nastin und Chaulmoograöl,** von Lenz-Bagomojo. Der Verfasser wandte bei elf Leprösen Nastininjektionen an, ohne ein günstiges Ergebnis zu erzielen. Vier Kranke gaben eine subjektive Besserung ihres Befindens an, so dafs allenfalls von einer antitoxischen Wirkung der Kur gesprochen werden könnte; eine baktericide war hingegen nicht eingetreten. Es wäre daran zu denken, dafs das Mittel durch Transport und Aufbewahrung im Tropenklima gelitten hat.

Von der Verabreichung des sehr schlecht schmeckenden Chaulmoograöls hatte L. sichtbare Erfolge ebenfalls nicht gesehen. Er stellte fest, dafs das Öl, eine Stunde Mittagssonne ausgesetzt, sehr dünnflüssig wird und an Widerwärtigkeit verliert.

3. **Bericht über den gegenwärtigen Stand der Lepra in Kamerun, Westafrika, mit Beitrag zur Nastintherapie,** von H. Ziemann-Kamerun. Die Lepra tritt im Süden Kameruns, vom Atlantischen Ozean bis zu den zu Kamerun gehörigen Zuflüssen des Kongo, bedeutend weniger auf als in den mittleren und nördlichen Teilen. Überall, wo überhaupt Lepra gefunden wurde, herrschte die Lepra anaesthetica bei weitem vor; im Bezirk Duala kamen von 108 beobachteten Fällen zehn Fälle von Lepra anaesthetica auf einen Fall von Lepra tuberosa.

In allen Fällen von Lepra tuberosa und Lepra anaesthetica, welche der Verfasser mit Nastininjektionen behandelte, gaben die Kranken an, dafs die neuralgischen Schmerzen und das Jucken bezw. das Kriebelgefühl in den leprösen Hautstellen aufserordentlich nachliefsen oder ganz verschwanden. Das charakteristische allgemeine Schwächegefühl, was bei allen Fällen von Lepra tuberosa und bei den ausgesprochenen Fällen von Lepra anaesthetica hervortrat, verschwand ganz. Die Potentia virilis, die bei allen Fällen mit leichter Lepra tuberosa uud den schwereren Formen der Lepra anaesthetica verschwunden war, kehrte wieder. *Schourp-Danzig.*

The British Journal of Dermatology.
November 1909.

Lichen nitidus, von Joseph Kyrle und J. E. R. McDonagh. Der Name „Lichen nitidus“ wurde von Pinkus für einen Zustand gewählt, der dem Lichen planus in besonderem Mafse glich, aber von demselben darin verschieden ist, dafs das Exanthem keine Symptome verursachte und in keiner Weise prominent war, so dafs unter den neun von P. beschriebenen Fällen nur bei einem der Patient sich seines Zustandes bewufst war. Der von Verfassern an der Fingerschen Klinik zu Wien beobachtete Fall betraf ein 18jähriges Mädchen, welches wegen Bartholinitis aufgenommen worden war. Sie hatte eine papuläre Eruption — so lange als sie zurückdenken kann, und zwar stets in beinahe unveränderter Weise — mehr oder weniger über den ganzen Körper zerstreut und ohne entzündliche Erscheinungen; die Haut der grofsen Labien

war ebenfalls befallen, Kopf, Handteller und Fufssohlen waren fast völlig frei. Drüsenschwellungen waren nicht vorhanden und die Untersuchung der inneren Organe zeigte nichts Abnormes. Histologisch ist der Fall identisch mit jenem von Pinkus — ein kleines Knötchen mit seiner Oberfläche gegen die Epidermis enge anliegend, letztere sekundär verändert (Zerstörung der untersten Schichten und Parakeratosis der obersten); die Veränderungen in den Gefäfsen sind ähnlich jenen, die man bei typischen Granulationen findet. Auf Tuberkulin-Injektion (1 mg Kochsches Alttuberkulin) folgte Allgemein-, aber keine lokale Reaktion, in den Fällen von Pinkus wurde keine Tuberkulinprobe angestellt. Verfasser glauben, dafs es sich bei dem Lichen nitidus um eine durch ein tuberkulöses Toxin hervorgerufene Hauterkrankung handelt, welche differentialdiagnostisch besonders vom Lichen scrophulosorum — durch die nicht auf die Follikeln beschränkte Anordnung und die fehlende Abschuppung — zu unterscheiden ist. Schliefslich sei noch erwähnt, dafs die Fälle von Pinkus sämtlich Männer, der vorliegende Fall jedoch ein weibliches Individuum betraf. Mit einer Abbildung über den histologischen Befund. *Stern-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1909. Heft 10.

Arteriitis et Phlebitis obliterans syphilitica als Ursache einer massiven Gangrän des Unterschenkels, von G. Etienne und M. Lucien. Patient, 38 Jahre alt, starker Fufsgänger und Alkoholist, war vor 13 Jahren syphilitisch erkrankt, hat sich aber nicht energisch genug behandeln lassen. Seit 1906 hat er im linken Unterschenkel Schwächegefühl und Krämpfe. Im Januar 1909 stellen sich in diesem Glied heftige Schmerzen ein, die Haut verfärbt sich und es kommt zu ausgesprochener Gangrän, die eine Amputation im unteren Drittel des linken Oberschenkels nötig macht. Heilung per primam. — Die Arteria femoralis des amputierten Teils ist durch ein mehrere Zentimeter langes Blutgerinnsel völlig verstopft.

Chemische und pharmakodynamische Untersuchung des Teers, namentlich in bezug auf seine Verwendung in der Dermatologie, von Pierre Brisson, Chemiker. Der Teer ist der feste Rückstand, der bei der trockenen Destillation eines organischen Körpers übrig bleibt. — Der in den Handel gebrachte Teer entsteht aus der Verdichtung der fettigen Massen, die sich mit Wasser nicht mischen. Kohle, Holzkohle, Holz, Torf und Petroleum liefern bei der Verarbeitung den meisten Teer. In der Dermatologie handelt es sich fast nur um Kohlenteer. Aus einer Tonne = 1000 kg Kohlen werden ungefähr 60 kg Teer und 80 kg Ammoniakwasser gewonnen.

100 g Kohle enthalten:

Benzol	0,6	Naphtalin	8,0
Toluen	0,4	Anthracen	0,25
Acid. carbol.	0,2	Kohle (Brai)	55,0
Cresol	0,3	Schwere Öle	24,0

Von diesen Stoffen kann die Karbolsäure wegen ihrer geringen Menge keine grofse therapeutische Wirkung ausüben. Aber der Teer enthält vier Gruppen chemischer Zusammensetzungen, denen Br. eine grofse Bedeutung für die Therapie zuschreibt. Die wirksamen Teile dieser Zusammensetzungen sind Phenole, Cetone, Schwefel- und Stickstoffverbindungen.

Der Schwefel verwandelt sich in Gegenwart von Chl. Na. in Schwefelsäure; 100 g Schwefel lieferte in Gegenwart von 25,3 g seröser, vom Ekzem stammender Flüssigkeit 0,829 Schwefelbaryum. Die im Teer enthaltenen Schwefelverbindungen scheinen die Toxine der Haut zu binden und sie durch den Urin zu entfernen. Doch scheint der

Schwefel nur bei nässenden Hautkrankheiten wirksam, wenn das seröse Sekret reich an Kochsalz ist.

Auch der N des Teers ist von therapeutischem Wert; er ist im Leukol enthalten. Dieses ist ein Gemisch von Anilin, Pyridin und Chinolein. Das Chinolein ist darunter am stärksten enthalten; es ist eine Bibenzinbase, bei der ein A-Atom durch ein N-Atom ersetzt ist und stellt eine schwach gefärbte, stark riechende Flüssigkeit dar, die auf die Gefäſse erweichend und auf die Epidermis elastifizierend einwirkt. Auſserdem ist das Chinolein auch stärker antiseptisch als das Karbol und besitzt die Fähigkeit, tief in das Gewebe einzudringen.

Unter den Phenolen des Teers spielen die Chinone die wichtigste Rolle; es sind das nach Br. reduzierte Phenole. Wahrscheinlich sind sie für den Chemismus der Epidermiszellen von groſser Bedeutung, indem sie die vollkommene Zersetzung der Albuminoide begünstigen. Vielleicht werden sie auch resorbiert und wirken auf die Leber. Sicher ist, daſs ihnen eine Sekretion-befördernde Wirkung zukommt; alle bekannten Laxantien sind Chinonderivate. — Zum Schluſs empfiehlt Verfasser für die Praxis den dicken, leukolarmen Teer.

Multiple nekrotische Herde der Cutis; chronischer Verlauf, von Scaduto. Die 36jährige Patientin kam am 1. Februar 1901 zur Aufnahme; sie litt seit längerer Zeit an einem pustulösen Hautausschlag, der auf der Bauchhaut begonnen hatte und keine Neigung zur Heilung zeigte. Eine ähnliche Hauterkrankung hatte sie mit 19 Jahren, als sie ihr erstes Kind nährte, durchgemacht. Bei ihrer Aufnahme war der ganze Körper mit Pusteln, Abscessen, Geschwüren und Narben bedeckt. Die Pusteln entwickelten sich, ohne subjektive Beschwerden zu verursachen, unter der Epidermis als kleine, mit trübem oder gelbem Serum gefüllte Bläschen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daſs sie aus einer Nekrose und Verflüssigung der Cutis hervorgingen. Verfasser fand in einzelnen Abscessen zahlreiche Streptokokken, andere waren wieder ganz frei davon. — Unter Diät und Schwefelbädern heilte die Krankheit ab, nur auf der Kopfhaut blieben einzelne Pusteln nach. Hier setzte die Dermatitis später mit neuer Heftigkeit ein und anfangs 1903 starb die Kranke, doch fehlten nähere Nachrichten über die Todesursache.

Verfasser ist der Ansicht, daſs dieser Fall ein Krankheitsbild sui generis darstellt; es handelte sich weder um Pemphigus, noch um Pemphigus vegetans Neumann, noch um die Hallopeausche Pemphigusform.

Granuloma hypertrophicum benignum (Pseudo-Botryomykoma), von Lucien Jacquet und Barré. Bei einem jungen Mann entwickelte sich auf der rechten Wange nach einem Trauma ein Granulom, das sehr rasch wuchs und sämtliche klinische Eigenschaften eines Botryomykoms aufwies. Histologisch bestand es aus Bindegewebe und embryonalen Gefäſsen, die in ein Leukocyten-Infiltrat eingebettet waren. Der Tumor enthielt weder gelbe Körner, noch den Botryomyces, noch Amöben, sondern die Kultur ergab nur Staphylococcus pyogenes albus. Völlige Heilung mittels Galvanopunktur.

Verfasser glauben, daſs derartige Granulome unter der Einwirkung mechanischer Verhältnisse — Druck usw. — wachsen, und daſs es nicht nötig ist, für sie eine spezifische Ursache anzurufen. *Türkheim-Hamburg*,

---

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1909. Heft 7.

Über einige Hautsymptome im Verlauf der Enteritis membranacea, von Ch. Audry. A. hat als Begleiterscheinung der Colitis membranacea drei verschiedene

Formen von Hautentzündung beobachtet, deren genaue Beschreibung er in der ihm zugänglichen Literatur noch nicht gefunden hat. Diese drei Formen sind der Herpes genitalis, das reine Erythem und eine Urticaria erythematosa.

Der Herpes genitalis hat nichts Spezifisches an sich und ist nur als Begleiterscheinung interessant. Bei manchen Patienten war er der Vorbote des enteritischen Anfalls.

Das Erythem ist immer so charakteristisch, daſs es den Schluſs auf das Vorhandensein einer Enteritis gestattet. Es wird von Kopfschmerzen und Unbehagen eingeleitet, alsdann stellt sich Brennen in der Haut, besonders des Gesichts, und unmittelbar darauf auch Rötung, fast ausschlieſslich des Gesichts ein. Nach Eintritt des Erythems erfolgt der colitische Anfall; ist dieser vorüber, so verschwindet auch das Erythem.

Die Urticaria erythematosa fällt nicht mit den enteritischen Zufällen zusammen, wird aber nur bei Leuten, die an der Colitis membranacea leiden, beobachtet. Sie besteht aus umschriebenen ödematösen Flächen von Rosafarbe und der Gröſse eines Fünffrankenstückes, die sich über den ganzen Körper verteilen, rasch auftreten und nach einigen Stunden meistens wieder verschwinden, und die den Patienten kaum belästigen. — Eine Verwechselung mit medikamentösen Ausschlägen liegt nicht vor.

Lupus erythematosus und Purpura, von Pellier. Der 50jährige Patient hatte seit 14—15 Jahren einen Lupus erythematosus des Gesichts. An der Haut, besonders des Rückens und der Seiten, bemerkt man eine weit vorgeschrittene senile Atrophie. Auf der Haut der Vorderarme und der Oberschenkel befinden sich kleinere Purpuraflecke und gröſsere Ecchymosen; sie bilden sich ganz unmerklich, so daſs Patient erst von anderen auf ihr Vorhandensein aufmerksam gemacht wurde. — Über einen etwaigen Zusammenhang dieser Purpura mit dem Lupus erythematosus läſst sich einstweilen noch gar nichts aussagen.

Beitrag zum Studium der Lues hereditaria secundae generationis, von Adrien Bouttiau. Kind von 21 Monaten mit Hydrocephalus und Spina bifida. Der Längsdurchmesser des Kopfes von Stirn zum Hinterhaupt beträgt 59 cm. Die Intelligenz des Kindes ist nicht nennenswert gestört. Die Spina bifida hat ihren Sitz in der Lendenwirbelgegend, war anfangs offen, ist aber im Laufe der Zeit unter einer reizlosen Behandlung zugeheilt. Die Spina bifida besteht nach Ansicht des Verfassers unabhängig vom Hydrocephalus. — Während die Eltern des Kindes beide gesund sind, war die Groſsmutter mütterlicherseits höchstwahrscheinlich syphilitisch; sie trug bei 17 Schwangerschaften nur zwei Kinder aus.

Ein Fall von Thebaismus im Verlauf einer spezifischen Behandlung, von Henri Fournier. F. hatte einem Patienten zu seinen Sublimatpillen je 0,02 Extr Opii zugesetzt. Da der Patient sich nach den Pillen besonders behaglich fühlte, so nahm er allmählich täglich vier bis fünf Stück, bis Fournier dahinter kam und das Opium aus der Rezeptur strich. Dieser und ein ähnlicher Fall, in dem es sich um Kokainismus handelte, veranlassen F. zu der Warnung, die analgesierenden Zusätze bei der Verordnung von häufig zu nehmenden Hg-Präparaten ganz wegzulassen.

Türkheim-Hamburg.

Sitzungsberichte der X. Versammlung der italienischen dermatologischen Gesellschaft,

abgehalten in Rom vom 16. bis 19. Dezember 1908.

Erste Sitzung.

Die Röntgentherapie der Hautkrankheiten, von G. Pini. Aus dem ausführlichen Referate über diesen Gegenstand sei nur hervorgehoben, daſs Pini die Röntgen-

behandlung als Methode der Wahl bei Herpes tonsurans des Kopfes, bei Folliculitis des Bartes, bei Lupus vulgaris und erythematosus, bei Naevi vasculares, bei vielen Kankroiden, gewissen Sarkomen, bei Mykosis fungoides, verschiedenen Lymphomen und bei venerischen Adenitiden betrachtet.

In der Diskussion erwähnt Piccardi seine guten Erfolge bei Keloidakne und Neurodermitis. Ciarrochi sah Besserungen bei Boubas, bei Monilethrix und Keratoma palmare, nicht aber bei Hypertrichose. Ebenso warnt Bertarelli vor der Anwendung der X-Strahlen bei letzterer und ihm schliefsen sich die meisten Diskussionsredner an.

Zweite Sitzung.

Die Radiumtherapie der Hautkrankheiten, von Esdra. Der Autor wendet die Radiumtherapie nicht bei malignen, schnell wachsenden Neubildungen, sondern nur bei den benigneren Hautkankroiden und hat dabei gute Resultate erzielt. Besonders Gesichtsstellen, die durch eine Operation deformiert werden, eignen sich für diese Behandlung. Auch bei Angiomen waren die Erfolge gut und er empfiehlt bereits in den ersten Lebenstagen mit der Applikation zu beginnen. Auch alle Arten von Verrucae (communes, planae und pigmentatae) heilten leicht. Ebenso die hypertrophischen, pigmentierten und behaarten Naevi. Auch die Feuermäler schwanden leicht, hinterliefsen aber einen Pigmentschwund. Für Lupus vulgaris und erythematosus spricht er sich reservierter aus, sah hingegen ganz alte Stellen von chronischem Ekzem, Psoriasis und Lichen ruber planus, die jeder Therapie getrotzt hatten, dem Radium weichen. Ebenso verhielten sich Rhinosklerom und besonders die Leukoplakia oris. In der Diskussion bestätigt Campana die guten Resultate des Vorredners, besonders in dem Falle von Rhinosklerom, das er zu untersuchen Gelegenheit hatte.

Über die öffentliche Prophylaxe der venerischen Krankheiten in Italien, von Barduzzi. Die Mitteilung enthält eine Kritik der königlichen Verordnung vom 27. Juli 1905 über das Prostitutionswesen. Barduzzi verlangt vor allem, dafs spezialistisch gebildete Ärzte dem Überwachungsdienst der Prostitution zugewiesen werden.

Die ersten 250 Fälle von Trichophytie und Favus geheilt durch Röntgenstrahlen im St. Gallicanus-Hospital, von Ciarrocchi. Der Autor wendet die Normaldosis, welche 4—5 Holzknecht oder 8—10 H Kienböcks entspricht, an. Diese reicht gerade für ein temporäres Ausfallen der Haare aus. Erst wenn man dieselbe überschreitet, bekommt man unangenehme Röntgendermatitis. Die Bestrahlung der Köpfe wird in einer Sitzung vorgenommen und gibt bei der Trichophytie hervorragende Resultate. Hingegen kann sie bei altem diffusen Favus, der mit chronisch entzündlichen Prozessen kompliziert ist, die Pinzette noch nicht verdrängen, da sie oft hartnäckige Pyodermitis erzeugt. In der Diskussion verwirft Oro die einmalige Applikation hoher Dosen. Er ist Anhänger von kleinen Dosen in drei- bis viertägigen Intervallen. Demgegenüber erklärt Pini, dafs die Dosis von 4—5 H der Minimaldosis für Erreichung des effluvium capillorum entspricht und dafs diese Dosis in einer Sitzung verwandt werden kann.

Beitrag zur Frage des Einflusses der Eltern auf die Übertragung der Syphilis hereditaria, von G. Pini. P. teilt vier Krankengeschichten von Frauen mit, welche trotz florider Syphilis ihren Mann nicht ansteckten und ein gesundes Kind erzeugten, obwohl nach der Geburt wieder luetische Symptome auftraten. Dies war aber einzig einer energischen antiluetischen Behandlung zu verdanken. Infolge dessen können diese Fälle nicht für eine Beurteilung des Einflusses der Eltern auf die Nachkommen in Betracht kommen, was auch in der Diskussion gebührend von De Amicis betont wurde.

Über die Kontagiosität des syphilitischen Sperma, von G. Pini. Ein Syphilitiker, der aufser seiner abgeheilten Sklerose nie Symptome am Penis, wohl aber

im Munde hatte, infizierte seine Frau sechs Monate nach seiner eigenen Infektion. Er hatte den Coitus extravaginal im Sulcus interglutaealis vollzogen. Es bildete sich hier ein harter Schanker, den der Verfasser als Beweis für die Infektiosität des Sperma ansieht, eine Ansicht, die in der Diskussion keinen ungeteilten Beifall fand.

Dritte Sitzung.

Über die Methodik der Diagnose in der Dermatologie, von Barduzzi. Sollen die morphologischen Kriterien bei der Diagnosenstellung der Hautkrankheiten ganz aufgegeben und dafür pathologisch-anatomische eingeführt werden? B. hält dies nicht für möglich, möchte aber, daſs unter stetiger Berücksichtigung der pathologischen Anatomie die morphologischen Kriterien so präzis als möglich definiert würden.

Bemerkungen über die morphologischen Namensbezeichnungen in der Dermatologie, von Philippson. Auch dieser Redner wünscht eine möglichste Präzisierung der morphologischen Begriffe und tadelt, daſs manche Autoren Affektionen mit Namen benennen, die eigentlich für Krankheiten reserviert sind, die mit der betreffenden nichts als die äuſsere Form gemeinsam haben. Er citiert als Beispiel die Bezeichnungen: Syphiloderma circinatum, S. serpiginosum, leucopathia syphilitica in Hoffmanns Atlas der ätiologischen und experimentellen Syphilisforschung und Darier und Civatte, welche für einem subcutanen auf Endophlebitis obliterans beruhenden Syphiloderma nodulare von einer subcutanen Papel sprechen.

In der Diskussion glaubt Campana überhaupt diese Hoffmannschen Übertragungsresultate auf Tiere nicht als syphilitische Prozesse wirklicher Art ansehen zu dürfen, jedenfalls nicht als ein Beweis dafür, daſs die Syphilis als solche auf Tiere übertragen werden kann. Auch er will wie der folgende Diskussionsredner Majocchi sowohl Morphologie als pathologische Anatomie für die Bezeichnung der Krankheiten verwandt wissen.

Einige Bemerkungen über die klinischen Erscheinungen der cutanen Heilungen, von Vignolo-Lutati. Experimentelle Studien, welche beweisen, daſs oft die klinische Heilung nur einer Pause in der Krankheitsevolution, einer cutanen Konvaleszenz entspricht, die oft von einem Wiederaufbruch des histopathologischen Prozesses gefolgt wird.

Eine neue Form von Dermographismus: „Dermographismus melanodermicus“, von D. Majocchi. Bei einem 58jährigen Kranken, der 30 Jahre vorher Syphilis durchgemacht hatte, konnte folgendes Phänomen nach Belieben erzeugt werden. An irgendeiner Stelle des Körpers wurde ein Senfpflaster aufgelegt und 30 Minuten bis zwei Stunden gelassen. Nach Entfernung desselben war die Haut erythematös. Am folgenden Tage trat eine rotbraune Koloration hinzu, dann Phlyctaene und Exfoliation, zuletzt, d. h. drei bis fünf Tage nach der Auflegung des Senfpflasters eine Pigmentierung (Stadium melanoticum definitivum). Zuletzt zeigt der Fleck einige achromische Stellen, die von einem deutlich hyperchromischen Rand (Stadium vitiligoides) umgeben sind. Dies tritt einige Wochen nach dem Stadium melanoticum definitivum ein. Histologisch saſs das Pigment im Stratum basale, an einigen Stellen bis unter das Stratum corneum. Leichte Leukocyteninfiltration in den Papillen und dem Stratum subpapillare. Zur Erklärung der Erscheinung nimmt M. an, daſs bei dem Patienten, sei es durch seine überstandene Lues, sei es durch einen anderen Krankheitsprozeſs unbekannter Natur eine Irritation der Nervenplexus um die Nebennieren besteht, welche unter der Einwirkung eines Hautreizes eine abnorme Produktion von Hautpigment erzeugt, ähnlich den „formes addisoniennes frustes“ von Jacquet und Trémolières.

Fall zur Diagnose, von Lombardo. Wird von Bertarelli, besonders da er auf 14 Sublimatinjektionen heilte, als Syphiloderma papulo-circinatum des Nackens erklärt.

Acariosis des Weizens in epidemischer Form hervorgerufen durch den Pediculoides ventricosus, von A. Ducrey.

Dermatose hervorgerufen durch den Acarus des Weizens (Pediculoides ventricosus), von Sberna. Die beiden Verfasser geben eine ausführliche Darstellung desselben Gegenstandes, einer erythemato-vesikulären Hauteruption, die durch einen von beiden Autoren im Detail beschriebenen Weizenacarus hervorgerufen wurde.

Anwendung des Methylenblaus zur Prüfung der Permeabilität der Nieren bei einigen Hautkrankheiten, von G. Ciuffo. Bei Ekzem fand sich eine Änderung der Permeabilität der Nieren nie, wenn letztere intakt waren.

Vierte Sitzung.

Die Spirochaeta pallida in den Läsionen der Tertiärperiode der Syphilis, von Vincenzo Chirivino. Ausgedehntes Referat über dieses Thema mit ausführlichem Literaturverzeichnis. Der Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: Die Spirochäte ist in den Tertiärläsionen vorhanden, aber in geringer Zahl, so dafs sie schwer zu finden ist, und zwar nicht im Sekret, sondern hauptsächlich in den Gefäfswänden in uneröffneten Gummen. Deshalb können Tertiärläsionen ansteckend sein. Die Schwere der Tertiärläsionen beruht wahrscheinlich auf einer übertriebenen lokalen Organreaktion im Vergleich zu einer schwachen Allgemeinreaktion, wobei durch die geringe Anzahl der Parasiten nur wenig Reiz zur Antikörperbildung gegeben ist.

Nützlichkeit der frischen Untersuchung der Spirochaeta pallida für die Diagnose und Frühbehandlung der Syphilis, von G. Ciuffo. C. untersucht den Gewebssaft der Sklerose in Dunkelfeldbeleuchtung und beginnt, wenn er Spirochäten findet, sofort die Behandlung (zehn Injektionen von Kalomel in achttägigen Abständen). Von zehn derartig behandelten Fällen bekamen zwei überhaupt keine weiteren Symptome, bei den anderen traten die Sekundärsymptome verspätet und in sehr leichter Form auf. Zwei mit Atoxyl (wöchentlich 1,2 g) behandelte Fälle bekamen erythemato-papulöse Exantheme, wie wenn sie nicht behandelt worden wären.

Versuch einer Cuti- und Ophthalmoreaktion bei der Syphilis, von G. Ciuffo. Glycerinextrakte von Leber, Milz und Lymphdrüsen luetischer Neugeborener wurden im Mörser mit Quarz trituriert, mit Bouillon aufgeschwemmt und eine halbe Stunde im Autoklaven gekocht, dann auf dem Wasserbade eingedickt und nach Glycerinzusatz filtriert. Cuti- und Ophthalmoreaktion mit diesem Material waren ganz negativ.

Über die Syphilis der Kaninchen, von Ossola. Es gelang ihm Hautläsionen zu erzeugen, die sich weiter auf Kaninchen übertragen liefsen und dort Keratitis erzeugten. Aufser der Haut waren immer die zugehörigen Lymphdrüsen ergriffen. Eine Reinfektion derselben Kaninchen gelang nie.

Impfung der Kaninchencornea mit syphilitischem Material, von Campana. Er hatte immer durchaus negativen Erfolg.

Die syphilitische Kaninchencornea in der Wassermannschen Reaktion, von F. Simonelli. Der Autor benutzte dieselbe als Antigen mit positivem Resultat. Ebenso wirkte das getrocknete Extrakt aus derselben.

Neue Untersuchungen über die Empfänglichkeit der Fleischfresser für Syphilis, von F. Simonelli. Es gelang dem Autor sowohl mit Material von menschlichen Papeln als mit luetischer Kaninchencornea eine Spirochäten enthaltende Keratitis parenchymatosa specifica bei zwei Füchsen zu erzeugen.

Über die Kontagiosität der syphilitischen Gummata, von F. Simonelli. Erzeugung von Keratitis parenchymatosa auf einer Kaninchencornea mit Material aus einem subcutanen Hautgumma, in dem keine Spirochäten gefunden wurden.

Die Spirochaeta pallida bei der progressiven Paralyse, von Stanziale. Der Autor fand dieselben weder in der Hirnrinde, noch in der Medulla spinalis noch in den Meningen.

Die Überimpfbarkeit der Syphilis auf die Kaninchenhaut, von M. Truffi. Nach des Autors Experimenten reagiert die Kaninchenhaut auf das luetische Virus mit denselben Phänomenen als die menschliche Haut. Es gelang jedesmal die Erzeugung einer Ulceration, die sich schneller einstellte, wenn mit luetischer Kaninchencornea geimpft wurde, aber auch durch menschliches Material hervorgerufen werden konnte.

Über die Wichtigkeit der frischen Untersuchung der Spirochaeta pallida und über deren Aufsuchung in der Cerebrospinalflüssigkeit bei der progressiven Paralyse, der Tabes und der luetischen Encephalopathie, von Oro. Nichts Neues.

Fünfte Sitzung.

Diskussion über das Referat Chirivinos aus der vorigen Sitzung: Radaeli hat einige Male Spirochäten in Gummen gefunden. Der Wassermannschen Reaktion erkennt er keinen absoluten Wert als diagnostisches Mittel an. Des weiteren diskutieren Truffi, Breda, Majocchi und Basili über die Kaninchensyphilis.

Ein bemerkenswerter Fall von kongenitalem Fibrom des behaarten Kopfes, von L. Silvestri. Der Tumor bedeckte bei einem 63jährigen Mann den ganzen Hinterteil des Kopfes und war gelappt wie ein menschliches Hirn. Auf dem Rücken und den Flanken waren Naevi in großer Zahl zerstreut. Mikroskopisch zeigten sowohl der Kopftumor als diejenigen des Körpers dieselbe Naevusstruktur. (Mit Photographie.)

Naevus fibromatosus giganteus der linken Hälfte des Kopfes, Halses und der oberen Brust, von A. Breda. Mit Photographie. Er wurde zum Teil operativ entfernt.

Ein Fall von Parasporiasis von Brocq. — Mikroskopische Untersuchung, (Beitrag zum Studium der papulo-squamösen Tuberkulide), von G. Verrotti. Es handelte sich um die lichenoide Variation mit Konfluenz der Elemente in unregelmäßig runde Plaques mit Lokalisation an den Follikeln. Mikroskopisch fanden sich im Corium Riesenzellenherde mit Nekrosen. Infolgedessen sieht der Autor den Fall als papulo-squamo-psoriasiformes Tuberkulid an.

Hyperkeratosis nigricans linguae, von F. Simonelli. Die „schwarze Zunge" ist nicht parasitären Ursprungs, sondern trophoneurotisch. Da die Läsion auf einen übertriebenen Verhornungsprozeß der filiformen Papillen beruht, schlägt er obigen Namen vor.

Das Atoxyl bei der frischen und der Spätsyphilis und in einem Fall von parasyphilitischer Neuralgie des rechten Trigeminus, von G. Verrotti. Der Verfasser glaubt nicht an eine spezifische Wirkung des Atoxyls.

Ein Fall von Dermatitis erythematopapulosa ausgezeichnet durch den figurierten Aspekt der Effloreszenzen (Fall zur Diagnose), von G. Verrotti. Der Fall erinnert an manche syphilitische figurierte Formen, wenn auch alle anamnestischen Daten fehlen; andererseits auch an einen Fall von Dermatitis figurata, der von De Amicis beobachtet worden war und einer Mykosis fungoides voraufging.

Stark ausgeprägte und circumskripte fibromatöse Hyperplasie des Scrotums im Anschluß an ein chronisches Ekzem, von Define. Die beinahe einem Tumor ähnliche, stark juckende Masse bestand mikroskopisch aus fibrösem Gewebe, besonders in den tieferen Cutisschichten. Außerdem war eine starke Hyperplasie der Nervenfasern vorhanden.

Das Fibrolysin in der Therapie einiger Hautkrankheiten und der Harnröhrenstrikturen, von Define. Das Mittel war total unwirksam bei allgemeiner

Sklerodermie, fibröser Sklerose der Corpora cavernosa und Elephantiasis scroti. Gut waren die Resultate bei Urethralstriktur. Es wurden täglich Injektionen von 2—3 ccm Fibrolysin gegeben, und zwar bis zu 30.

Neuer Beitrag zur Kenntnis des Angioendothelioma cutaneum (Sarcoma idiopathicum multiplex) von Kaposi, von F. Radaeli. (Mit Abbildungen und mikroskopischen Tafeln.) Im Anschluſs an vier neu beobachtete und weitere fünf bereits publizierte Fälle des Autors gibt er eine kleine Monographie des Gegenstandes. Die Fälle zeigen manche interessante Tatsachen, so das Vorkommen der Erkrankung bei zwei Brüdern, ferner bei einem 22jährigen Jüngling, sodann der Beginn der Erkrankung am Ohr und in einem anderen Falle an der Nasenspitze. Die Kranken reagierten alle gut auf Arsen. Die besten lokalen Erfolge hatte der Autor mit Finsenbestrahlung. Mikroskopisch waren die Anfangsstadien charakterisiert durch das Auftreten in der Cutis von aus Bluträumen und Endothelialzellen bestehenden Gewebsinseln. Diese Zellen begrenzen teils die Bluträume, teils bilden sie kompakte Zonen. Der Verfasser sieht die Gewebsinseln als Haemangioendotheliome an. Die Cutisarterien zeigen alle eine verdickte Wandung und ein reduziertes Lumen. Die ersten neoplastischen Herde treten oft um eine derartig alterierte Arterie auf. Auſserdem besteht Venendilatation, Bindegewebsödem und Rundzelleninfiltration um die Gefäſse und die Gewebsinseln. Bei den ausgebildeten Formen, besonders den die Haut kugelförmig überragenden findet sich eine enorme Zunahme der kompakten Zonen der Endothelialzellen auf Kosten der Bluträume. Er konnte übrigens den Übergang der von Endothelien begrenzten Bluträume in die kompakten Massen genau verfolgen. Bei den flacheren Tumoren, welche die Haut kaum überragen, bleiben die neoplastischen Inselchen klein, hingegen ist daneben die Rundzelleninfiltration viel mächtiger entwickelt und enthält auſser den mononukleären Rundzellen Fibroplasten, Plasma- und Mastzellen. Auſserdem finden sich Pigmentanhäufungen, die aus dem Blute stammen. Sowohl in den Endothelhaufen, als in den Rundzelleninfiltraten sind die elastischen Fasern total verschwunden. Die Resorption der Tumoren erfolgt durch ein Hineinwachsen des Bindegewebes und der Fibroplasten in die Tumormassen, das deren Auflösung zur Folge hat (genau wie beim Lupus nach Finsenapplikation). Übrigens werden die nach Finsenapplikation entstandenen Narben viel reicher an elastischen Fasern als die spontan entstandenen.

In der Diskussion weist Campana darauf hin, daſs diese Erkrankung auf eine Läsion des Nervensystems zurückzuführen sei, Philippson will die Krankheit nicht zu den Tumoren gerechnet wissen. Demgegenüber erklärt Radaeli, daſs weder klinisch noch mikroskopisch eine Nervenläsion festgestellt werden konnte und daſs es sich um wichtige Angioendotheliome handelte.

Der Baissadebalsam (Baume Baissade) in der Dermatologie, von Mazzini. Das von Baissade von Paris aus in den Handel gebrachte Präparat ist eine Flüssigkeit, deren Zusammensetzung nicht genau angegeben ist, die aber Teer, Schwefel, Kampfer und Chaulmoograöl enthält. Mazzini fand dasselbe besonders in Ekzemfällen und bei akuten und subakuten entzündlichen Dermatosen von Wirksamkeit. Es ist reizlos und juckstillend und wird mit Lanolin verdünnt gebraucht, kann auch pur eingerieben werden.

Über die sogenannten hysterischen Dermatosen, von Vignolo-Lutati. Zwei Fälle, wo Simulation absolut ausgeschlossen werden konnte, und zwar in erythemato-bullöser Form mit gangränöser Ulceration vergesellschaftet und in rein bullöser Form.

Ein Fall von Purpura annularis teleangiectodes Majocchi, von Vignolo-Lutati. Symmetrisch auf beiden Beinen und Hinterbacken in annulärer Form aufgetretene punktförmige oder lentikuläre Flecken von roter oder livider Farbe, die

meist an den Follikeln liegen. Durch Glasdruck erscheinen sie teils teleangiektatisch, teils hämorrhagisch. Keine Atrophien, wie in MAJOCCHIS Fällen.

Sechste Sitzung.

Über das idiopathische Sarkom KAPOSIs, von G. MARIANI. Klassischer Verlauf, 30jährige Dauer, bei einem Individuum mit verbreiteter Visceralarteriosklerose, Lokalisation am Scrotum, den Tonsillen, dem Oesophagus, dem Magen und Darm. Mikroskopisch glaubt M., dafs die Krankheit eine Übergangsform von Endotheliom und Sarkom darstellt. Die Zellen kommen vom präexistierenden Bindegewebe und den Gefäfswänden.

In der Diskussion erwähnt TRUFFI einen ähnlichen Fall, der an Pylorusscarcinom mit Ausbreitung auf Leber und Pankreas starb. Der eine der Hauttumoren wies ein 1½ cm langes Hauthorn auf.

Demonstration von Kulturen von Epidermophyton inguinale (SABOURAUD), von MIBELLI. Der Pilz ist der Erreger der von HEBRA als Ekzema marginatum bezeichneten Affektion und unterscheidet sich vom Trichophyton dadurch, dafs er nie Haare angreift. Er bildet lange Mycelien, die in kurzen kettenförmig aneinander gereihten Gliedern bestehen, und hat eine charakteristische Kultur.

CAMPANA glaubt, dafs es sich um ein gemeines Trichophyton handelt. TRUFFI hat einen fast identischen Pilz bereits 1901 aus dem Ekzema marginatum gezüchtet.

Über die Lymphangitis blennorrhoica ulcerosa, von G. MAZZA. Ein kleiner inzidierter Bubo nach Blennorrhoe enthielt Gonokokken.

Über einen Fall von luetischen Hautgummen entwickelt aus alten Kalomelinjektionsstellen, von MIBELLI. Die Gummen traten auf vier Jahre nach der Infektion und 2½ Jahre nach den Kalomelinjektionen. Bereits ein Jahr vor Ausbruch dieser Gummen hatte der Kranke andere gummöse Erscheinungen und auch mit den erwähnten zusammen waren Gummen an anderen Körperteilen vorhanden.

Über den Gebrauch der Hochfrequenz in der Dermatologie, von MOCAFIGHE. Anwendung von Hochfrequenzströmen bei einem Fall von Pseudoarea von BROCQ. Heilung nach zwei Monaten. Auch Lupus erythematosus und Pruritus scroto-perinealis hat er damit geheilt.

Multiple benigne Hautsarkoide „BOECK-DARIER" im Gesicht und Hals, ein Adenoma sebaceum vortäuschend, von BREDA. Der Kranke zeigte vollkommen das Aussehen des Adenoma sebaceum (PRINGLE), d. h. eine Unmenge kleiner, gelbroter Knötchen, welche keine Talgdrüsenöffnung, nur selten Haare und nur in einigen Fällen ein Krüstchen auf ihrer Oberfläche aufweisen. Mikroskopisch handelte es sich um richtiges tuberkulöses Granulom mit Neurose und Riesenzellen ohne Bazillen. BREDA hält infolgedessen die Affektion für ein Tuberkulid und schlägt den Namen: „Multiple, noduläre dermo-subcutane Tuberkulide Typus BOECK-DARIER" vor.

Adenoma sebaceum, von PASINI. Das Adenoma sebaceum PRINGLE ist kein echtes Adenom, sondern ein symmetrischer angiektatischer Naevus des Gesichts.

Behandlung der venerischen Adenitis mit BIERscher Stauung, von C. ORSENIGO. Nichts Neues.

Über die sogenannte Botryomykose des Menschen, von M. TRUFFI. (Mit Demonstration von Präparaten.) Drei Fälle, welche die Beschreibung der Autoren in allen Punkten bestätigen. Bemerkenswert ist der noch nicht beschriebene Sitz in der Retroaurikulargegend in einem Falle.

Psoriasis vulgaris der Hohlhand, von PICCARDI. Mitteilung von sechs Fällen. In jedem hatte die Beschäftigung des Kranken einen Einflufs auf den Sitz der Erkrankung. Die Läsionen konnten nur durch Röntgenstrahlen beeinflufst werden.

Über einen aufsergewöhnlichen Fall von Pemphigus hystericus mit universeller Hyperchromie und trophoneurotischen Ulcerationen, von P. Stancanelli. Eine 31 jährige Kranke mit Hysterie in der Anamnese bekommt nach einem Schreck während der Menstruation unter starken Allgemeinerscheinungen und hohem Fieber einen Ausbruch von erythematösen Flecken und Blasen, welche bald rezidivierten. Zugleich bekam die ganze Haut der Kranken eine braun-bronzierte Farbe. Im Anschlufs an einige Blasen am Fufs und den Malleolen bildeten sich oberflächliche Ulcerationen, die sich gegen die Therapie äufserst renitent erwiesen.

Die passive Hyperämie nach Bier in der Behandlung einigen Haut- und Geschlechtskrankheiten (vorläufige Mitteilung), von P. Stancanelli. Nichts Neues.

Reaktionsmodus des Serums Fibromatöser in der Hämolyse und Agglutination, von A. Carnevali. Blut eines Patienten mit Fibro-Lymphangiomatosis mit dem Blut eines Gesunden vermischt, gab nach zwei Stunden deutliche Hämolyse, aber kaum angedeutete Agglutination, während diese Erscheinungen bei der Mischung von Blut von gesunden Individuen nicht eintraten.

Experimentaluntersuchungen über Molluscum contagiosum, von Sabella. Dem Autor gelang die Transplantation von Molluscum contagiosumstückchen in die vordere Kammer des Kaninchens. Mitteilung des mikroskopischen Ergebnisses.

Studien über den Effekt der Röntgenstrahlen auf einige Hautwarzen, von Terzaghi. Der Verfasser hatte gute Erfolge, insbesondere in einem Fall von epitheliomatöser Entartung.

Wie verhält sich das Blut von Favuskranken in Berührung mit dem Achorion? von G. Garibaldi. Serum von Favuskranken, in das einige Favussporen gebracht wurden, zeigte Austreten des Hämoglobins und beginnende Hämolyse schneller als wenn Favussporen in normales Serum gebracht wurden.

Über eine besondere Manifestation und Primärlokalisation der Lepra, welche ein tartives lupiformes Syphilid der Nase und der Oberlippe vortäuschte, von Melle. Die Differentialdiagnose konnte nur durch das mikroskopische Auffinden von Leprabazillen gestellt werden.

Das Atoxyl in der Therapie der Syphilis, von Melle. Der Autor hatte nicht den geringsten Erfolg von Atoxyl.

Siebente Sitzung.

Über einen neuen Fall von Pseudoarea Brocq, von Montesano. Der Erkrankung ging eine posttyphöse Alopecie voraus. Die Haut der über den ganzen Kopf zerstreuten Plaques ist elfenbeinweifs, perlmutterähnlich und atrophisch, so dafs sie sich in Falten aufheben läfst. Der Finger fährt wie über eine Vertiefung über sie hinweg. Nirgends Rötung oder Desquamation oder Follikelalteration. Die ganze Kopfhaut zeigt eine Hyperhidrose.

In der Diskussion erwänt Piccardi einen von ihm beobachteten Fall, wo dem atrophischen Stadium eine der Keratosis ähnliche Follikelalteration vorausging.

Über einen Fall von Didymo-Epididymitis blennorrhoica mit Ausgang in Suppuration, von O. Ercoli. Im Eiter wurden Gonokokken gefunden.

Epididymo-Vaginalitis acuta suppurativa-necrotica, hervorgerufen durch Bacterium coli, von O. Ercoli. Es handelte sich um eine Urethro-Cystitis mit Bacterium coli, welche die im Titel erwähnten Erscheinungen zur Folge hatte.

Über einen Fall von Urticaria pigmentosa beim Erwachsenen, von O. Ercoli. Typischer Fall bei einem 25 jährigen Manne mit einem typischen mikroskopischen Befund von Mastzellenanhäufungen.

Beitrag zum histologischen Studium der Papel des Lichen planus mit spezieller Berücksichtigung des Schleimhautlichen, von Dalla Favera. Die Abhandlung bietet keine neuen Gesichtspunkte.

Beitrag zum Studium des sog. „Granuloma annulare (R. Crocker)", chronische circinäre Eruption der Hand (Dubreuilh), von Dalla Favera. Auf dem Rücken von Händen und Füſsen erschienen bei einem 38 jährigen Mann scheibenförmige, die Haut kaum überragende Infiltrationen von braunroter Farbe mit einem scharfen Rande. Mikroskopisch handelte es sich um ein bedeutendes Rundzelleninfiltrat, das ausschlieſslich perivasal liegt. Im Anschluſs an seine Beobachtungen diskutiert der Autor die verschiedenen Auffassungen, welche diese seltene Erkrankung in der Literatur gefunden hat. (Lichen annularis Galloway, Tumores benigni sarcoidei Rasch und Gregersen.)

Selbstbeobachtung von Favus corporis, von Mibelli. Mibelli infizierte sich bei der Untersuchung eines Favuskranken am Handrücken. Es bildete sich zuerst ein kleines Scutulum, dem bald eine Infektion der umliegenden Follikel folgte. Trotz energischster Behandlung gelang es Mibelli erst nach vier Monaten, der kleinen Infektion Herr zu werden.

Über einen Fall von Tertiärsyphilis der Nase, von Philippson. Die Affektion war zuerst als Lupus aufgefaſst und zwei Jahre lang mit durchaus negativem Erfolge behandelt worden. Eine Exzision zeigte mikroskopisch ein festes Leukocyteninfiltrat mit Riesenzellen und Endophlebitis obliterans. Erst jetzt wurde mit Erfolg eine antiluetische Behandlung eingeleitet. Das 26 jährige Mädchen hatte keine luetischen Antezedentien.

Als Themen für den nächsten Kongreſs im Jahre 1909 werden 1. die hereditäre Syphilis (Barduzzi und Simonelli); 2. die dermatologische Nomenklatur (Philippson und Mibelli) gewählt. *Gunsett-Straſsburg.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band X, Heft 5.

1. **Das Berufsgeheimnis des Arztes und die Geschlechtskranken,** von Placzek-Berlin. Pl. führt auch an dieser Stelle aus, daſs die Schweigepflicht des Arztes unbedingt aufrechterhalten bleiben muſs; denn auf ihr baut sich das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient auf. Die Folge der Aufhebung der Schweigepflicht würde eine Vermehrung, Verschleppung und Verschlimmerung der Geschlechtskrankheiten zur Folge haben.

Eine erfreuliche Erweiterung der Befugnisse zur Mitteilung hat 1905 eine Reichsgerichtsentscheidung gebracht, nach welcher jeder Arzt kraft anderweiter Berufspflichten die Schweigepflicht brechen darf.

2. **Ärztliche Ansprache an die Abiturienten des Jahres 1908,** von Stephani-Mannheim. An eine Warnung vor der Schädigung des Nervensystems durch Alkohol und Tabak schlieſst sich eine kurze Schilderung der Krankheitsbilder des Trippers und der Syphilis an, gegen welche das sicherste Schutzmittel in der Enthaltsamkeit liegt. *Schourp-Danzig.*

Sexual-Probleme.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik.

Mai 1909.

Über phallische Gebräuche und Kulte, von Th. Achelis.

Juni 1909.

Das Sexualproblem Griseldis, von Staatsanwalt E. Wulffen. Besprechung der sexuellen Momente, welche Hauptmanns „Griseldis“ zugrunde liegen.

Die sittliche Gefährdung der Grofsstadtjugend durch die Geschäftsauslagen, von P. Näcke.

Erotische Sprichwörter bei den russischen Juden, von Fr. S. Krauss.

Juli 1909.

Sozialversicherung und Prostitution in Österreich, von Paul Kompert Nach dem Gesetzestexte des Sozialversicherungsentwurfes wären nach Verfassers Ansicht die in den Bordellen befindlichen Prostituierten versicherungspflichtig, da die Bordellmädchen dem Inhaber des Freudenhauses gegenüber in einem Dienstverhältnis stehen. Er will die Krankenversicherung auch auf die selbständigen Prostituierten ausdehnen. Für die erwerbsunfähigen Prostituierten fordert er eine Invaliditätsversicherung, zu der der Staat einen Zuschufs leistet, da „die Prostituierte dem Staate nützliche und notwendige Dienste leistet“.

Die Impotenz im katholischen Eherecht, von cand. med. Josef Leute. Dieses Kapitel ist von dem Autor, einem ehemaligen katholischen Pfarrer, mit grofser Sachkenntnis eingehend behandelt. Er weist vor allem auf die Notwendigkeit hin, dafs alle Konstatierungen und Gutachten über etwaige Impotenz den berufenen Ärzten überlassen werden, an deren Votum sich das geistliche Gericht halten müsse.

September 1909.

Bordell und Strafsenprostitution. Ihre Schäden und Gefahren, von Johannes Gaulke. Trotz der hohen Erkrankungsziffer der Bordelldirnen sprechen mancherlei Dinge für die Einführung der Bordelle und die Verbannung der Dirnen von der Strafse. Die Strafsenprostitution reizt die sexuellen Begierden der Jugend an, während die Bordellprostitution der Jugend durch Polizeiverordnung unzugänglich gemacht werden kann. Trotzdem tritt Autor nicht für die Beibehaltung des Bordells ein, und zwar nur aus humanitären Gründen. Das Bordell erstickt in den Dirnen jedes Gefühl von Menschenwürde und Selbstachtung. Die freie Prostitution bezeichnet er als das kleinere Übel in sanitärer, sozialer und ethischer Beziehung. Er plädiert für eine Hebung der Prostitution in sozialer Beziehung und wendet sich gegen den inneren Widerspruch der Kuppeleiparagraphen (§§ 180, 181) des Strafgesetzbuches.

Das Sexualgift in der Volkskunst, von Victor Noack. Der Artikel beleuchtet das Leben und Treiben der Artisten und Artistinnen nach den Vorstellungen und weist auf die Gefahr hin, die der Volksmoral und -Gesundheit vom Tingeltangel-, Variété- und Kabarettbrettl aus droht. *Arthur Schucht-Danzig.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band XIII. Oktober 1909.

1. **Behandlung der akuten blennorrhoischen Urethritis,** von Henry G. Spooner-Boston. Nichts Neues.

2. **Physiognomie als Hilfsmittel für die Diagnose,** von H. Lyons Hunt-New York.

3. **Zur Frage der präcolumbischen Syphilis in Amerika,** von Albert S. Ashmead-Canadensis. A. beleuchtet die von Forbes vor einigen Jahren aufgebrachte Behauptung, dafs die präcolumbianische Syphilis von syphilitischen Lamas auf den Menschen übertragen sei, ferner, dafs diese Krankheit bei den Lamas durch Anwendung von Quecksilber heilbar sei. Aus den alten Schriften ergibt sich, dafs

Päderastie und Sodomie bei den alten Peruanern sehr eingebürgert waren, und dafs nach dem Gesetz unverheirateten Indianern verboten war, Lamas zu halten. Die in jüngster Zeit gemachten Experimente, menschliche Syphilis auf die Lamas zu impfen, sind negativ ausgefallen.

4. **Komplette Ureterenduplizität,** von Byron Robisnon-Chicago. (Fortsetzung.) Kasuistik.

5. **Neuer Blasenirrigator,** von G. Shearman Peterkin-Seattle. Ein Katheter ist mit einem Obturator einzuführen. Der Obturator kann dann herausgezogen und — nach Bedürfnis — durch eine doppelläufige Kanüle mit Doppelhahn für den Zu- und Abflufs der Spülflüssigkeit ersetzt werden.

6. **Behandlung der blennorrhoischen Urethritis und ihrer häufigsten Komplikationen,** von Victor H. Pentlarge-Brooklyn. Nichts Neues.

7. **Ichthyosis, ihre Behandlung und Heilung,** von Corydon Eugene Rogers-Chicago. Bei zwei jungen Damen mit Ichthyosis nitida brachten Röntgenbestrahlungen schnelle und dauernde Besserung.

8. **Ein Fall von Myofibrom der Blase, der ein Myofibrom des Uterus vortäuschte,** von A. Levings-Milwaukee. Krankheitsfall einer 35jährigen Frau. Die richtige Diagnose wurde bei der Operation gestellt. *Schourp-Danzig.*

Bücherbesprechungen.

XVI. Internationaler medizinischer Kongrefs in Budapest 1909. Sektion XIII: Dermatologie und Syphilis.

(Erstes Heft.)

Angioneurosen und hämatogene Entzündungen, von Louis Philippson-Palermo. Bei allen Erythemen liegen entzündliche Veränderungen vor, bei einigen wurden Mikroorganismen, bei einigen medikamentösen wurden die Medikamente in den Hautveränderungen nachgewiesen; sie sind also keine Angioneurosen, sondern hämatogene Entzündungen. Auch die Urticaria hat eine gleiche entzündliche, nicht angioneurotische Entstehung.

Die angioneurotische und die hämatogene Entzündung, von L. Török-Budapest. Török weist nach, dafs alle Beobachtungen, welche bisher den angioneurotischen Ursprung von Urticaria und Erythemen stützen, einer eingehenden Kritik nicht standhalten können. So beruhen alle Beobachtungen, welche die Entstehung von Erythemen durch Suggestion beweisen wollen, auf Täuschung. Insbesondere wendet er sich gegen den Fall von suggestiver Blasenbildung, den Kohnstamm und Pinner auf dem Frankfurter Dermatologenkongrefs 1908 referierten, desgleichen gegen die hierhergehörigen Mitteilungen Kreibichs. Auch die Coexistenz von Dermographismus und Nervenerkrankung besteht nicht. Bei der Lokalisation von erythematösen Veränderungen auf gelähmten Körperteilen handelte es sich immer um Krankheiten, die durch Mikroorganismen bedingt waren und wo nie eine direkte Abhängigkeit der Hautveränderungen von der Nervenerkrankung festzustellen war. Bei allen Fällen von psychischer Urticaria ist es ferner nicht möglich auszuschliefsen, dafs die Nervenerkrankung nur mittelbar eine Störung, z. B. des Gastrointestinaltraktus, hervorrief, auf welche erst die Urticaria folgte. Auch die reflektorische Urticaria kann sich nicht auf einwandfreie Beobachtung stützen und der Dermographismus ist

nur eine einfache Folge der mechanischen Insulte. Hingegen stützen alle histologischen, bakteriologischen, chemischen und experimentellen Tatsachen die Annahme, dafs Urticaria und Erythem Hautentzündungen hämatogenen Ursprungs sind.

Über die jüngsten Fortschritte in der klinischen Erforschung des Verlaufs der Syphilis, von H. Hallopeau-Paris. Ein Versuch, die einzelnen klinischen Formen der Syphilis auf die Evolution der Spirochaeta und die verschiedene Wirkung ihrer Produkte zurückzuführen.

Über Superinfektion bei Syphilis, von I. F. Selenew-Charkow. Die syphilitische Superinfektion mufs in Fällen neuer Ansteckung bei Anwesenheit syphilitischer Erscheinungen als unzweifelhaft und in Fällen früherer Reinfektion bald nach der ersten Infektion, in welchen weder von voller Elimination des syphilitischen Virus noch der Vernichtung der Immunität Rede sein kann, für höchstwahrscheinlich anerkannt werden. Die Superinfektion verläuft klinisch nicht immer als charakteristische Sklerose, sondern atypisch.

Über Reinokulation, Superinfektion, Reinfektion und Immunität bei Lues, von S. Ehrmann - Wien. Die Reinokulation ist im präinitialen Stadium unzweifelhaft möglich. Ebenso im postinitialen Stadium. Sie nimmt um so mehr die Form eines typischen Schankers an, je kürzere Zeit sie nach dem Auftreten des ersten Initialschankers geschieht, während sie näher zum Ausbruch des Exanthems eher die Form der Papel annimmt, wie in der Sekundärperiode selber. Die postinitiale Papel in der Nähe des Initialaffektes beruht 1. auf Wanderung der Spirochäten durch das Gewebe, 2. auf Autoinokolutation (Abklatschpapel). Die bei der Superinfektion oder Reinokulation eingedrungenen Spirochäten unterliegen der Phagocytose, die um so intensiver ist, je rezenter die sekundäre Lues. Die Reinfektion im späteren Stadium der Latenz spricht für eine Herabsetzung der phagocytären Tätigkeit der Gewebszellen (Schwinden einer früheren Gewebsimmunität), die um so allgemeiner ist, je mehr die Reinfektion einer ersten Infektion gleicht. Ein grofser Teil der hier wiedergegebenen Resultate wurde durch eigene Versuche des Verfassers gewonnen.

Die Serodiagnostik der Syphilis, von A. Blaschko-Berlin. Alle Beobachtungen ergeben einen Parallelismus zwischen der Wassermannschen Reaktion und den Manifestationen der Krankheit. Auch wird die Reaktion gewöhnlich durch die Behandlung günstig beeinflufst (nach des Autors Untersuchungen in 84% der Fälle). Wie viel Behandlungen für eine dauernde Umwandlung der positiven Reaktion in eine negative nötig sind, läfst sich noch nicht feststellen. Jedenfalls ist in der grofsen Mehrzahl der Fälle die negative Reaktion nur ein passagerer Zustand, besonders bei den Frühfällen, während bei den Spätfällen die Einwirkung der Behandlung eine nachhaltigere zu sein scheint.

Das Bestehen der positiven Reaktion ohne das Bestehen manifester Krankheitssymptome scheint auch das Bestehen syphilitischer Krankheitsherde im Organismus anzuzeigen. Dies ist um so plausibler, als in einem grofsen Prozentsatz bei scheinbar geheilter Syphilis in den inneren Organen luetische Krankheitsprozesse sich unbemerkt entwickeln können. Dies wird zum Teil statistisch aus dem Materiale von Lebensversicherungsgesellschaften nachgewiesen, teils pathologisch-anatomisch aus Sektionsergebnissen. An 8000 Todesfällen der Berliner Lebensversicherungsgesellschaft Viktoria konnte Blaschko feststellen, dafs ein Drittel aller Leute, die früher Syphilis gehabt haben, an deren Folgen (inkl. Tabes, Paralyse, Aortenaneurysma) zugrunde gingen. Aus der viel gröfseren Statistik der Gothaer Lebensversicherung ergibt sich, dafs die Syphilitiker eine Übersterblichkeit von 68% gegenüber der Gesamtheit der Versicherten (Tuberkulose inklusive) haben. Berücksichtigt man nur die Jahre vom 36. bis zum 50., so ist die Mortalität der Syphilitiker fast die doppelte wie die Gesamtheit

der Versicherten. Ferner wies FRITZ LESSER nach, dafs bei 10% in den Berliner Krankenhäusern Verstorbener in den inneren Organen Reste einer syphilitischen Erkrankung nachgewiesen werden. Da nach einer früheren Statistik BLASCHKOS 20% der männlichen Bevölkerung Berlins syphilitisch ist, so mufs angenommen werden, dafs bei Syphilitikern die Syphilis als Todesursache in etwa 33% in Betracht kommt, in ihren Organen aber in 50% nachweisbar ist. Der Verfasser schliefst dann hieran seine Ansichten über die Verwertbarkeit der WASSERMANNschen Reaktion für die Praxis sowohl was Diagnostik, Prognostik und Therapie anbetrifft. Er bringt aber keine wesentlich neuen Gesichtspunkte.

Die Behandlung des Lupus erythematosus, von MALCOLM MORRIS. Kurze Darstellung der gebräuchlichen internen und externen Therapie des Lupus erythematosus.

Die Behandlung des Lupus vulgaris in Rücksicht auf die Pathogenie, von R. CAMPANA-Rom. C. unterscheidet zwischen einfacher Hauttuberkulose und komplizierter Tuberkulose, d. h. solchen Fälle, die durch septische oder andere bakterielle Prozesse eine Allgemeininfektion aufweisen. Erstere geben die Möglichkeit, mit Erfolg die gewöhnlichen Lupusheilmittel anzuwenden, d. h. Tuberkulin, chirurgische und kaustische Mittel. Die anderen müssen erst von den septischen Begleiterscheinungen befreit werden, erst dann können die Mittel eine sichere Wirkung entfalten. Es müssen aseptische und septische Fälle in vollkommen getrennten Anstalten behandelt werden, damit nicht eine Infektion der ersteren durch die letzteren erfolgt. Unter septischen Fällen versteht er solche, die mit Bronchitis purulenta, Influenza oder bakteriellen Haut- oder Organerkrankungen kompliziert sind. Der Autor hat ungefähr 200 Kranke mit Tuberkulin A und R behandelt, letzteres in den Fällen mit Lungenkomplikationen. Mit den Resultaten ist er sehr zufrieden. Doch mufs man vor der Anwendung sicher sein, dafs keine Komplikation septischer Art zu befürchten ist.

Die Hautatrophien (Atrophia diffusa, Anetodermia, Atrophia maculosa) und deren Verhältnis zur Sklerodermie, von E. FINGER-Wien. Der Autor betont die Zusammengehörigkeit der Atrophia cutis idiopathica progressiva mit der Akrodermatitis atrophicans von HERXHEIMER und HARTMANN. Denn bereits vom klinischen Standpunkt kann nachgewiesen werden, dafs wenn auch nicht immer, so doch häufig entzündliche Erscheinungen bei beiden Erkrankungen das Bild einleiten. Im mikroskopischen Bild ist dies noch deutlicher, da hier alle Fälle als mit entzündlichen Erscheinungen beginnend sich darstellen. Beide gehören zur Anetodermie, d. h. schlaffen Atrophie. Hierher gehört noch ein drittes Krankheitsbild, die Atrophia maculosa cutis, rundliche, scharfrandige, haselnufsgrofse Hautatrophien, bei denen die normal oder sehnigweifse Haut in Form eines mehrfach runzeligen Wulstes prolabiert und bei Betasten einem leeren Sack gleicht. Bei diesen Fällen ist das mikroskopische Bild (Verstreichen der Papillen, kleinzellige perivaskuläre Infiltration, elektives Zugrundegehen der elastischen Fasern) ganz analog demjenigen der erst beschriebenen Krankheitsbilder. Die Anetodermien sind von den Sklerodermien vollständig zu trennen.

Licht- und Schattenseiten der physikalischen Behandlung der Hautkrankheiten, von TH. VEIEL-Cannstatt. Sonnenlicht kann schon allein ohne andere Hilfsmittel Lupus zur Heilung bringen. Das Finsenlicht hat zwar den Nachteil der langen Dauer, der Kostspieligkeit usw., dafür aber den Vorteil des sicheren Erfolgs und des vorzüglichen kosmetischen Resultats. Bei Lupus erythematosus bringt die Finsenbehandlung 50% Heilungen. Die KROMAYERsche Quarzlampe ist nur bei Alopecia areata, chronischem Ekzem, Akne und oberflächlichem Herpes tonsurans anzuwenden. Flüssige Kohlensäure und flüssige Luft haben glänzende Erfolge

bei Lupus erythematosus, Ulcus rodens, Naevus pigmentosus und vasculosus. Röntgenstrahlen sollen verwandt werden zu vorübergehender Epilation des behaarten Kopfes bei Favus, Herpes tonsurans, eitriger Folliculitis, Dermatitis papillaris nuchae. Im Gesicht sind sie wegen der Gefahr der Nekrose nur anzuwenden, wenn eine Affektion durch die gewöhnlichen Heilmethoden nicht zur Heilung gebracht werden kann. Bei Lupus haben die Röntgenstrahlen den Erwartungen, die man auf sie setzte, nicht entsprochen. Von Ekzemen sollen nur ganz alte, umschriebene damit behandelt werden, bei Carcinom soll nicht die kostbare Zeit für die Operation durch Röntgenbehandlung verloren gehen. Hingegen ist sie zweifellos die beste Behandlung bei unoperierbarem Carcinom und bei Mykosis fungoides, wenn Arsen keine Besserung bringt. Radium eignet sich für umschriebene Lupusknötchen, Warzen, Angiome, Xanthome, Naevi und umschriebene Tuberculosis verrucosa cutis. Mit Bierscher Stauung hatte Veiel bei Hautkrankheiten keinen Erfolg, dagegen wendet er den Klappschen Schröpfkopf bei Furunkeln in Sitzungen von 45 Minuten (fünf Minuten Schröpfkopf, drei Minuten Pause usw.) mit Erfolg an.

Die Verwendung der X-Strahlen in der Dermatologie, von Lenglet-Paris. Die Radiotherapie leidet heute noch hauptsächlich an dem Mangel einer genauen Meſsbarkeit der Strahlen. Im ersten Kapitel seiner Arbeit bespricht der Autor alles, was über Qualität, Quantität und Meſsbarkeit der Radiumstrahlen bekannt ist. Im zweiten Abschnitt werden die Indikationen erörtert, ohne aber zu bestimmten Konklusionen zu kommen. Mykosis fungoides ist die einzige absolute Indikation für Radium, sonst kann es, ohne ein spezifisches Mittel zu sein, bei Ekzem, Lichenifikation, Pruritus, Hyperkeratosen, Psoriasis, Lupus, Tuberkulosen, trophischen Störungen usw. Dienste leisten.

Die Radiumtherapie der malignen Epithelialtumoren der Haut und Schleimhäute, von Dominici und Barcat. Sowohl die hier erwähnten Apparate als die Erfolge der Autoren sind schon öfters in *dieser Zeitschrift* referiert worden.

Gunsett-Straſsburg.

Vorlesungen über Dermatologie, von Baldomero Sommer-Buenos Aires. Zur Veröffentlichung bearbeitet und mit Anmerkungen versehen von Nicolas V. Greco-Buenos Aires. (1. Teil. 1909. Nicolas Marana, Buenos Aires.) Das Buch, dessen erster Teil vorliegt, ist ein für die argentinischen Studenten bestimmtes Kompendium der Dermatologie. Es beginnt mit einem allgemeinen Teil, in dem Symptomatologie, Ätiologie, Diagnose, Verlauf und Prognose und Behandlung der Hautkrankheiten in groſsen Zügen besprochen werden.

Der spezielle Teil enthält hintereinander das Ekzem, die Talgdrüsenerkrankungen (Akne, Seborrhoe usw.), Follikulitis, Impetigo und Ekthyma. In einem weiteren Kapitel wird die Lepra erörtert, wobei wir erfahren, daſs es 1906 724 Lepröse in Argentinien gab. Der erste Teil schlieſst mit einem Kapitel, das besonders für die Tropendermatologie von Interesse ist, da die sogenannte Boubas oder Buba brasiliana oder americana, die von Sommer und unabhängig von ihm von Breda beschrieben wurde, mit der Framboesia (Pian, Yaws) zusammen eingehend erörtert und beide Formen von Erkrankungen miteinander verglichen werden. Sommer faſst beide Krankheiten als vollständig voneinander verschieden auf, gibt aber zu, daſs vielleicht eine exaktere Experimentierung beide Formen als einer einheitlichen Erkrankung zugehörig erkennen wird. Er versteht unter Buba eine chronische, kontagiöse Affektion, die durch ulceröse, vegetierende und granulomatöse Effloreszenzen ausgezeichnet ist, welche besonders die Schleimhäute befallen. Klinisch haben dieselben einen framboesiformen Aspekt mit kompakten Granulationen, die von festhaftenden Krusten bedeckt sind und mit tiefen Narben heilen. Der Pian hingegen ist durch eine Efflo-

reszenz charakterisiert, welche hauptsächlich die Haut befällt. Dieselbe ist erodiert oder leicht ulceriert, vegetierend papillomatös, schmerzhaft und pruriginös, mit adhärenten Krusten bedeckt, welche unter Hinterlassung eines Pigmentflecks oder einer oberflächlichen Narbe abheilen. Für Pian scheint eine Spirochäte, für Buba ein Bacillus als Ätiologie in Betracht zu kommen, ferner soll Pian nie bei Europäern vorkommen, wohl aber die Buba. Vom Verhalten der Wassermannschen Reaktion schreibt der Verfasser nichts. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken. Herausgegeben von Wilhelm Croner. 4. Auflage. (Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1909.) Während in den früheren Auflagen dieser therapeutischen Enzyklopädie Buschke das Kapitel der Haut- und Geschlechtskrankheiten behandelte, übernahm diese Arbeit diesmal G. Arndt aus der Lesserschen Poliklinik. Die übersichtliche Rezeptsammlung enthält naturgemäfs viel Bekanntes; sie wird aber dennoch dem Praktiker ein bequemes Nachschlagebuch sein. *Schourp-Danzig.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse von der Bakteriologie und pathologischen Anatomie der Lepra, von J. M. H. Macleod-London. (*Lancet.* 21. Aug. 1909.) Die Überschrift besagt den Inhalt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Augen- und Hautlepra geheilt durch intravenöse Einspritzungen von Cyanquecksilber, von Truc-Montpellier. (*Acad. de méd.* Paris, 4. Mai 1909.) Es handelte sich um einen 33jährigen Kranken, bei dem sowohl klinisch, als auch histologisch die Diagnose Lepra mit Sicherheit gestellt werden konnte. Die Krankheit war bereits weit fortgeschritten, derart, dafs das linke Auge enukleirt werden mufste; auch das rechte zeigte eine interstitielle Keratitis und Iritis, so dafs der Patient nahe daran war, gänzlich zu erblinden. Es wurden nun tägliche intravenöse Einspritzungen von 0,01—0,02 Hydrargyrum oxycyanatum vorgenommen und nach einigen Monaten heilten die Läsionen des Auges und der Haut vollständig. Es ist dies um so bemerkenswerter, als eine früher vorgenommene Hg-Behandlung mit Einspritzungen von Hydrargyrum bijodatum gar keine Erfolge ergeben hatte.

E. Toff-Braila.

Über Serumuntersuchungen bei Lepra, von Carl Bruck und E. Gessner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 13.) Von zehn Leprakranken des Memeler Lepraheims zeigten fünf positive Wassermann-Neisser-Brucksche Reaktion. Die Kranken mit + Reaktion litten an tuberöser Lepra. Zwei andere tuberöse Fälle und drei anästhetische reagierten negativ. Diese Resultate sprechen in Übereinstimmung mit denen von G. Meier dafür, dafs die + Reaktion bei Lepra besonders häufig eine Begleiterscheinung der tuberösen Form darstellt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Prophylaxe der tropischen Lepra, von Franz Koch-Gardone-Bad Reichenhall. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 11.) Alle Beobachtungen weisen darauf hin, dafs es eines intimeren und längeren Zusammenlebens mit Aussätzigen bedarf, um von den Kranken angesteckt zu werden. Diese beiden Bedingungen werden durch den ge-

schlechtlichen Verkehr erfüllt, und ein groſser Teil der in mannbarem Alter Infizierten holt sich auch die Krankheit durch Ehe oder Konkubinat mit Leprösen, bei denen der Beginn der Krankheit bekanntlich fast unmerklich einsetzt. Die Bestrebungen, eine Rassenmischung in den Kolonien zu verhüten, müssen demnach auch aus sanitären Gründen unsere vollste Billigung und Unterstützung finden.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über den gegenwärtigen Stand der Lepratherapie, von A. Kupffer-Kuda (Estland). (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 22.) Die Möglichkeit eines spontanen Ausheilens der Lepra, wenn auch bei der Knotenlepra selten, wird von fast allen Forschern zugegeben. Daſs es gelingt, durch therapeutische Maſsnahmen eine Heilung herbeizuführen, wird noch 1894 von Hansen bestritten. Ehlers, Hirschberg und Unna bekämpften dieses unbewiesene Dogma der Unheilbarkeit und vertraten die Ansicht, daſs die Lepra in dieser Beziehung sich wie die Tuberkulose verhalte. Dieser Anschauung tritt auch Kupffer auf Grund seiner im Leprosorium zu Kuda gesammelten Erfahrungen bei.

Die in Esthland beobachtete Epidemie war keine leichte. Erst bei starker Beteiligung der Ärzte am Aufsuchen der Fälle kamen auch solche von Lepra frustra seu abortiva und Lepra laevis zur Beobachtung.

Die Behandlung hat folgende Ziele im Auge: 1. die natürliche Heilkraft des Körpers durch Einverleibung solcher Mittel zu unterstützen, die, wie Chaulmograöl und Nastin, von innen her auf den Gesamtorganismus im Sinne der Bakteriolyse wirken und seine Abwehrvorrichtungen zu energischer Tätigkeit anregen; 2. durch Zerstören der Bakteriennester in Haut und Schleimhaut das Invasionsheer der Bazillen zu vermindern; 3. Hebung des Stoffwechsels durch hygienische und diätetische Maſsnahmen.

Von Chaulmograölinjektionen vertragen die meisten Kranken dreimal wöchentlich 1,0 subcutan. Der Erfolg der Kur ist abhängig von dem Grade der Verträglichkeit des Mittels. Auſserdem kommen Gynocardseifepillen (Unna) und Natr. gynocardicum zur Anwendung. Energischer noch ist die Kombination der Chaulmoograölkur mit einer Nastinbehandlung. Das Antileprol, ein gereinigtes Chaulmoograöl, ist letzterem noch vorzuziehen. Die Technik der Anwendung aller Mittel wird eingehend besprochen. Eine Anzahl Krankengeschichten machen die auf langjähriger Erfahrung basierte Arbeit besonders wertvoll. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über einen mit Röntgenstrahlen behandelten Fall von Lepra nodosa, von Carlo Vignolo-Lutati. (*Il Magagni.* 1909. Nr. 7.) Ein 19jähriges Mädchen mit Lepra im nodulären Stadium wurde zuerst drei Monate mit Chaulmoograöl behandelt und hierdurch auch bedeutend gebessert. Nur am Ohr saſsen noch äuſserst harte Knoten, die in keiner Weise beeinfluſst worden waren. Nach acht Röntgenbestrahlungen gingen auch diese in bedeutendem Maſse zurück, teils verschwanden sie ganz. Ein jetzt zur Untersuchung exstirpiertes Hautstück zeigte mikroskopisch eine Verminderung des granulomatösen Infiltrates und der Leprazellen. Doch handelt es sich nicht um eine bakterizide Wirkung der Röntgenstrahlen, sondern um eine Einwirkung derselben auf die Granulome analog der Einwirkung auf Neoplasmen.

Gunsett-Straſsburg.

b. *Tuberkulose.*

Intradermoreaktion mit Tuberkulin, von Hutinel. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1909. Nr. 34 aus *La Tribune méd.* 1908. Nr. 45.) Ch. Mantoux in Cannes injiciert in die Dicke der Dermis selbst in bestimmter Menge eine dosierte Tuberkulinlösung von 1 : 5000. Die positive Reaktion zeigt sich nach Verlauf einer Stunde in Gestalt einer Infiltration.

Bei geschwächten Individuen tritt die Reaktion leichter auf und beschränkt sich auf eine kleine Urticariapapel. Allgemeinerscheinungen kommen kaum vor. H. lobt die Zuverlässigkeit der Methode bei ihrer absoluten Unschädlichkeit. *Schourp-Danzig.*

Über die heutige diagnostische und therapeutische Anwendung des Tuberkulins in der Praxis, von O. Roepke. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 14.) Warme Empfehlung der subcutanen Tuberkulinanwendung für diagnostische und therapeutische Zwecke. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Klinische Ergebnisse der percutanen Tuberkulinreaktion, von Ernst Moro. (*Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose.* Bd. XII, Heft 2.) Verfasser berichtet über die Ergebnisse dieser (Einreibung der Haut mit einer Tuberkulinsalbe: Alttuberkulin Koch 5 ccm, Lanol. anhydr. 5 g) an 1034 Kindern. Sie decken sich im allgemeinen mit denen der v. Pirquetschen Impfung. Der einzige Vorzug vor dieser liegt auf praktischem Gebiet, es fällt die Manipulation der Impfung weg: die Salbenprobe begegnet niemals einem Widerstande des Publikums. *Haas-Hamburg.*

Erfahrungen über den praktischen Wert der Komplementbindung und anderer Untersuchungsmethoden bei der Diagnose der Tuberkulose, von Johann Szabóky-Gleichenberg. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 11.) Verfasser faſst seine Meinung in folgenden Sätzen zusammen: Die bakteriologischen Untersuchungen, das Färben des Sputums, das Impfen der Tiere gehört auch heute noch zu den sichersten Methoden bei Erkennung der aktiven Tuberkulose. Die probatorische Anwendung des Tuberkulins zu subcutanen diagnostischen Zwecken ist seines Erachtens auch eine wichtige Untersuchungsmethode, aber er sieht es auch für den Fall, wenn er sie für unbedingt spezifisch hält — was in mancher Hinsicht angezweifelt werden muſs — als Fehler an, daſs es auch die latente Tuberkulose nachweist, wodurch der praktische Wert Einbuſse erleidet. Die Calmettesche Untersuchungsmethode — vorausgesetzt, daſs die weiteren Untersuchungen die bisherigen Forschungen rechtfertigen — scheint sich zu bewähren, denn sie gibt gerade im Anfangsstadium des Leidens wertvolle Aufklärungen. Auf Grund nur der Calmettescken Ophthalmoreaktion und der Pirquetschen percutanen oder cutanen Reaktion kann Tuberkulose nicht angenommen werden und auch in Ermanglung der Reaktion nicht ausgeschlossen werden. Es ist möglich, daſs die weiteren Untersuchungen nach dieser Richtung hin neue Aufklärungen bieten und es kann auch sein, daſs die beiden Untersuchungsmethoden zusammen angewendet, bezw. die verschiedenartigen Konzentrationen der Lösungen sicherere Erfolge aufweisen werden. Verfasser hält weder die Agglutination, noch die Opsoninuntersuchung, noch die Präzipitation, noch die Komplementbindungsuntersuchung für geeignet, daſs man mit der einen oder der anderen Methode Tuberkulose diagnostizieren könnte. Wenn bei diesen Untersuchungsmethoden auch davon abgesehen wird, daſs sie in der Praxis schwer angewendet werden können, ferner, daſs einige von ihnen, eben weil sie nicht durchführbar sind, auch über ziemlich viel Fehlerquellen verfügen, so können sie schon infolge des Umstandes, daſs sie in nicht tuberkulösen Fällen sehr oft ein positives Resultat erzielen, andererseits aber, weil sie in verdächtigen Fällen sehr oft wertlos sind, nicht zu den wertvollen diagnostischen Methoden gezählt werden. Auf die Frage, ob diese Methoden in der Diagnostik der Tuberkulose einen Fortschritt bedeuten, kann nur mit Ja geantwortet werden und wenn auch die obigen Methoden mit Ausnahme der probatorischen Tuberkulininjektion, des Tierimpfens, des Färbens des Sputums, einzeln angewendet bezüglich der Diagnose auch keine prompte Aufklärung geben, wenn aber mehrere von ihnen zusammen ein positives Resultat erzielen, so muſs doch auf das Vorhandensein der Tuberkulose geschlossen werden. Trotzalledem dürfen die physikalischen Untersuchungsmethoden nicht vernachlässigt werden. *Porosz-Budapest.*

Die diagnostische Bedeutung der Tuberkulin-Einreibungsreaktion bei Hauttuberkulose, von William B. Trimble-New York. (*New York med. Journ.* 22. Mai 1909.) T. stellte an 54, mit verschiedenen dermatologischen Affektionen behafteten Patienten die Probe mit Tuberkulin an und zwar hatten 22 derselben Hauttuberkulose, bei welchen die Reaktion stets positiv war, zwei sogenannte Tuberkulide, bei welchen ebenfalls positive Reaktion, neun Lupus erythematosus, wovon zwei mit positiver Reaktion, zehn Psoriasis, wovon drei positiv reagierten, zehn Syphilis mit stets negativer Reaktion und ein Akne mit positiver Reaktion. Der Allgemeinschlufs aus diesen Versuchen ergibt, dafs die Morosche Tuberkulinprobe nicht absolut beweisend ist, sondern wahrscheinlich denselben Wert hat, wie jene Calmettes. Nach den Literaturangaben ist sie aber mehr beweisend wie die Pirquetsche, da sie weniger positive Reaktionen bei anscheinend gesunden Leuten gibt. Wenn andere tuberkulöse Herde durch die klinische Untersuchung auszuschalten sind, so ist bei positiver Reaktion mit grofser Wahrscheinlichkeit auf die tuberkulöse Natur des Hautleidens zu schliefsen. Die Moro-Reaktion ist durchaus unschädlich, was von der Calmette-Probe nicht behauptet werden kann. Bei Anwendung der ersteren ist es nicht notwendig, die Haut zu verletzen, wodurch die Möglichkeit sekundärer Infektion gegeben wäre. Allgemeine Einführung der Salbenreaktion dürfte nicht notwendig sein, da in der Regel die Diagnose der Hauttuberkulose aus der klinischen Untersuchung allein zu stellen ist; immerhin bedeutet sie aber eine wertvolle Bereicherung der diagnostischen Hilfsmittel. *Stern-München.*

Eine ungewöhnliche Form von tiefer Tuberkulose en plaques des Gesichts oder tuberkulöses Sarcoid en plaques, von Brocq, Pautrier und Roge. (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris.* 3. Mai 1907.) Eine 40jährige Patientin weist folgende Veränderungen im Gesicht auf, die sich im Verlaufe von 13 Jahren entwickelt haben. Die Veränderungen nehmen schmetterlingsförmig den Nasenrücken und die zentralen Wangenpartien ein, abwärts bis zum Kinn. Die Haut ist hier lividrot, von zahlreichen Teleangiektasien durchzogen, unbeweglich, verdickt, von kautschukartiger Konsistenz. Der Rand ist nicht erhaben. Auf der Stirn findet sich rechts von der Mitte eine kleine isolierte runde Plaque, die sich mit der Haut bewegt und ganz mit dem eben beschriebenen Bilde übereinstimmt. Die Affektion hatte mit einem blauen Fleck mitten auf der linken Wange begonnen. Trotz elektrolytischer und Röntgenbehandlung hatte sie sich aber zur eben beschriebenen Gröfse entwickelt. Schmerzen bestehen nicht. Die Untersuchung des Blutes ergibt 4 800 000 rote Blutkörperchen und 5200 weifse. Leukocytenverhältnis: 3% Lymphocyten, 28% mononukleäre, 65% polynukleäre neutrophile, 3% polynukleäre eosinophile, 1% Ehrlichsche Übergangsformen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab: 1. sklerotische Veränderungen der Cutis; 2. Tuberkuloide, sogar tuberkulöse Herde, als kleine isolierte, mit einer Kapsel umgebene Knötchen in den tiefen Cutispartien und im oberen subcutanen Gewebe. Sie scheinen mit der Gefäfsverteilung übereinzustimmen. Die Herde enthalten wichtige Tuberkelknötchen mit Lymphocyten und Riesenzellen. Eine diffuse Infiltration besteht nicht. Ebenso ist die Epidermis nicht verändert.

Die Erkrankung hat am meisten Ähnlichkeit mit dem Sarkoid en plaques von Boeck. Das Tierexperiment wurde noch nicht vorgenommen.

Gunsett-Strafsburg.

Serologische Untersuchungen bei Tuberkulose der Lunge und der Haut, von Ernst Eitner und Erich Stoerk-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 23.) Die Stoerksche Serumreaktionsmethode für die Tuberkulose der Lungen (*Wien. med Wochenschr.* 1908. Nr. 8) ist zwar keine spezifische, aber eine ganze Reihe von Ver-

suchen, auch solche von anderen Autoren, haben ganz nennenswerte Prozentsätze von positiven Ausfällen bei Lungentuberkulösen gezeigt. Dagegen hat diese Reaktion nach den Untersuchungen der Verfasser bei Hauttuberkulösen konstant gefehlt. Sie deuten dies in der Weise, daſs die Lokalisation der Tuberkulose in der Lunge andere — offenbar schwerere — Veränderungen im Serum hervorruft als die Lokalisation in der Haut; daſs somit nicht nur die verschiedene physiologische Bedeutung der befallenen Organe, sondern auch wahrscheinlich die verschiedene Qualität der betroffenen Parenchyme als Nährboden des Tuberkelbacillus für die Schädigungen des Gesamtorganismus in Betracht kommt. *W. Lehmann-Stettin.*

Erythema nodosum und Tuberkulose, von A. B. Marfan-Paris. (*La presse méd.* 1909. Nr. 51.) Es ist schon von manchen auf eine bestehende Konnexion zwischen Erythema nodosum und Tuberkulose hingewiesen worden, doch wurde der Gedanke erst von Landouzy im Jahre 1907 näher präzisiert, indem er dieses Erythem, das allgemein als eine Manifestation des Rheumatismus angesehen wurde, als eine Lokalerscheinung der tuberkulösen Septikämie betrachtete. Die Grundkrankheit kann unter der Form der Typhobazillose in Erscheinung treten, ausheilen oder später als Tuberkulose der Lungen, des Peritoneums, der Hirnhäute usw. zum Vorschein kommen.

Die Beobachtungen des Verfassers haben diese Annahme im groſsen und ganzen bestätigt und wenn man heute noch nicht sagen kann, daſs jedes Knotenerythem eine tuberkulöse Hauterscheinung ist, so kann doch nicht geleugnet werden, daſs in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle über kurz oder lang die Hautkrankheit von untrüglichen Beweisen bestehender Organtuberkulose gefolgt ist. Ja, man kann immer durch die von Pirquetsche Cutanreaktion das Bestehen eines latenten Tbc-Herdes nachweisen. Man kann sogar durch das Vornehmen der Intradermoreaktion mittels Tuberkulins künstlich Knoten von dem in Rede stehenden Erythem produzieren.

Diese Feststellungen sind in therapeutischer und prognostischer Hinsicht von Wichtigkeit. Man wird Patienten mit Erythema nodosum nicht mehr als Arthritiker oder Dyspeptiker behandeln, dieselben nicht mehr einem strengen Regime unterwerfen, da man auf diese Weise die vielleicht gutartige Tuberkulose in eine schwere umwandeln kann, sondern dieselben müssen wie Tuberkulöse überwacht und gepflegt werden. Der Aufenthalt in freier Luft, der mäſsige Gebrauch von rohem Fleische in Verbindung mit einer roborierenden Medikation, wären also in erster Reihe in Betracht zu ziehen. *E. Toff-Braila.*

Erythema nodosum und Tuberkulose, von Antonin Poncet. (*Presse méd.* 1909. Nr. 57.) Im Anschluſs an die Arbeit von Marfan weist der Verfasser auf eine Inauguraldissertation seines Schülers Joseph Pons hin, der im Jahre 1905 20 Fälle von Erythema nodosum mitteilte, darunter zehn eigene, bei denen die tuberkulöse Natur des Leidens nachgewiesen werden konnte. Mikroskopisch konnten „deutliche Riesenzellen von vielen epitheloiden Zellen umgeben" nachgewiesen werden.

Gunsett-Straſsburg.

Über die bei Bergleuten in Kohlenbergwerken beobachtete verruköse Form der Hauttuberkulose, von J. Fabry-Dortmund. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 35.) Die hier von F. beschriebene Affektion hat vielfach Ähnlichkeit mit der Tuberculosis verrucosa cutis, wie sie von Riehl und Paltauf beschrieben worden ist, unterscheidet sich aber von derselben durch das negative Ergebnis der Untersuchungen auf Tuberkelbazillen. Demnach definiert Verfasser das Leiden als zur Gruppe der Tuberkulide gehörig nach der Definition von Boeck und Darier. Die Affektion ist fast ausschlieſslich auf die Dorsalfläche des Handrückens und der Finger beschränkt. Sie beginnt mit einem wenig auffälligen Erythemfleck, welcher sich langsam zu einer warzigen Epidermiswucherung entwickelt und schlieſslich zu eitrigem

Zerfall des Gewebes bei serpiginösem Fortschreiten führt. Dabei vergehen oft Monate und sogar Jahre, bis die Läsionen den Patienten zwingen, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das Ergebnis der histologischen Untersuchung (bei 26 Fällen) war immer ein gleichmäſsiges. Es fand sich ein in der oberen Cutis lokalisiertes Band kleinzelliger Infiltration mit Lymphocyten, Leukocyten und Plasmazellen. Riesenzellen fanden sich nur ganz vereinzelt (in drei Fällen), und Tuberkelbildung fehlte gänzlich. Zur Behandlung ist die chirurgische Abtragung jedenfalls für Fälle höheren Grades am zweckmäſsigsten; vielfach kommt man aber durch Handbäder, Ätzungen und Salbenverbände auch zum Ziele. In der Gegend der Kohlenbergwerke ist die Affektion jedenfalls gar nicht selten, hat doch F. weit über 200 Fälle selbst beobachtet und durch Umfrage bei den dortigen Kollegen noch eine Serie von 127 sammeln können.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ist der Rindertuberkelbacillus die Ursache von Lupus? von N. Raw-Liverpool. (*Tuberculosis.* 1909. Bd. VIII, Nr. 7.) In einer kurzen vorläufigen Mitteilung über seine an 100 Fällen von Lupus (welche sämtlich mit Tuberkulin menschlicher Provenienz behandelt wurden und meistenteils sehr erfreuliche Erfolge aufwiesen) gewonnenen Beobachtungen erklärt sich R. entschieden davon überzeugt, daſs Lupus durch Infektion mit Rindertuberkulose entsteht. Unter 33 Sektionen von Lupuskranken fand er nur dreimal irgend welche Lungenaffektion. Ferner hat er noch nie bei einem Phthisiker Lupus auftreten sehen, trotzdem er schon mehr als 5000 Fälle von Lungenschwindsucht im Krankenhaus beobachtet hat. Die Entstehung von Lupus führt er auf die Aufnahme des bovinen Bacillus durch die genossene Milch und deren Produkte zurück. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Beitrag zur Dauerheilung des röntgenisierten Lupus vulgaris, von Albers-Schönberg. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. XIII, Heft 6.) Ein vor nunmehr zwölf Jahren bei dem damals 20jährigen Patienten mit Röntgenstrahlen behandelter Lupus vulgaris der Nase, Nasenschleimhaut und Oberlippe ist, wie die Nachuntersuchung im Februar 1909 ergeben hat, vollständig rezidivfrei geblieben. Die Haut war bis auf ein paar feine Teleangiektasien normal, die Nasenflügelränder ein wenig geschrumpft, der mittlere Teil der Oberlippe haarlos geblieben. *W. Lehmann-Stettin.*

Lupus septi narium, von E. Baumgarten-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 25.) Vor einigen Jahren heilte Verfasser einen Lupusknoten am Septum. Am Rande der Narbe zeigten sich wieder Knoten. Mit Hilfe der Sonde applizierte Chromsäure heilte sie schnell und schön, denn sie läſst die gesunden Teile unberührt. Die Nase war von auſsen vollkommen intakt. *Porosz-Budapest.*

Lupus laryngis, von E. Baumgarten-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 25.) Ein 22jähriges Mädchen, das seit sechs Jahren heiser ist, hatte an der Epiglottis Lupusknoten und in der Umgebung der Stimmbänder waren Knoten und Infiltrationen. Lungen normal, Calmettereaktion negativ. Nach Tuberkulininjektion Reaktion in der Kehle und auf dem Auge trat erst verspätet die Calmettesche Reaktion auf, die eine lange anhaltende Augenentzündung zur Folge hatte. Verfasser hält den Schleimhautlupus, wenn er primär auftritt, auch für Tuberkulose. *Porosz-Budapest.*

Zur Bekämpfung des Lupus in Ruſsland, von Tschlenow. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1909. Bd. LXXII, S. 51.) In diesem Aufsatz, der Bezug nimmt auf die Arbeiten von Neisser, Blaschko, Proskurjakow usw. über dasselbe Thema, legt Verfasser der „Allgemein russischen Liga zum Bekämpfung der Tuberkulose“ ans Herz, die Lupösen nicht zu vergessen. Zu diesem Zweck schlägt Verfasser vor:

1. eine statistische Enquete über die Ausbreitung des Lupus in Ruſsland anzustellen;

2. populäre Aufklärungen über das Wesen und die Behandlung des Lupus herauszugeben und

3. für die Anlage spezieller Lichtkabinette an den gröfsten städtischen Krankenhäusern Propaganda zu machen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Tuberkulinbehandlung des Lupus vulgaris, von E. Bretovsky - Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 24.) Fünf Fälle wurden mit Alttuberkulin Koch behandelt. Aufser der allgemeinen Reaktion (38,8°—40,2° Temperatur, Schwindel, Durchfall usw.) zeigten sich auch lokale Erscheinungen, Hyperämie und Ödem der Knoten; nach Verschwinden des Ödems trat eine schwache Abschilferung ein. Dosierung wird näher beschrieben. Heilresultat war unvollkommen, da die Patienten keine Geduld hatten, längere Zeit im Spital zu bleiben. *Porosz-Budapest.*

Behandlungsmethoden bei Lupus, von Brocq. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 27.) Als sehr gut und namentlich auch rasch wirkende Behandlungsmethoden bei Lupus vulgaris des Gesichtes empfiehlt Br. die linearen Skarifikationen und die Auskratzung mit nachfolgender Elektro- oder Thermokauterisierung oder Ätzung mit 10%iger Chlorzinklösung. Bei Lupus erythematosus der Wangen ist Phototherapie und, wenn er sehr ausgedehnt ist, chirurgische Behandlung am Platze. Bei Lupus der Nase und der Orifizien wendet man, besonders wenn es sich um Lupus vorax handelt, am besten Skarifikationen an, während bei kleinen isolierten Lupusknötchen die Exzision die beste Behandlungsmethode ist. Sitzen kleine Lupusherde an Stellen, an denen die Exzisionen aus kosmetischen Gründen unmöglich ist, z. B. in der Gegend zwischen den Augenbrauen, dann ist die Thermokauterisierung oder die wenig bekannte, aber sehr gut wirkende negative Elektrolyse zu empfehlen. Bei Lupus der Extremitäten ist die Auskratzung mit nachfolgender Kauterisierung oder Ätzung indiziert.

Götz-München.

Über die bazilläre Ätiologie des papulo-nekrotischen Tuberkulids (Folliklis), von C. Leiner und F. Spieler-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 19.) Die Verfasser setzten ihre im *„Archiv f. Dermatologie“*, Bd. 81, veröffentlichten Impfversuche von Folliklisknötchen auf junge Meerschweinchen fort und konnten bei sämtlichen Tieren die gleichen Veränderungen feststellen, so dafs die bazilläre Ätiologie der Folliklis als erwiesen zu betrachten ist. Das schubweise Auftreten in multiplen Herden, der histologische Befund und der tierexperimentelle Nachweis virulenter Bazillen in den Knötchen sprechen für die pathogenetische Verwandtschaft der Folliklis mit der disseminierten Form der echten Hauttuberkulose und der Tuberculosis cutis miliaris. *Schourp-Danzig.*

Zur Ätiologie und Klinik der Tuberkulide, von E. Finger-Wien. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 35.) Eine aprioristische Opposition gegen eine Vielheit und Vielgestaltigkeit der tuberkulösen Dermatosen habe keine Berechtigung. Die Erkenntnis der tuberkulösen Natur der „Tuberkulide“ sei eine wesentliche Errungenschaft, der gegenüber die Frage, ob bazillär, ob toxisch, eine untergeordnete Rolle spielt. Den Lupus follicularis disseminatus hält Verfasser nach seiner Erfahrung für eine echte Hauttuberkulose, die dem Lupus vulgaris zumindest nahesteht. Auch die Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi (Kaposi) ist für Verfasser zweifellos nur als ein eigentümliches Bild von Lupus vulgaris zu betrachten. Der Lichen skrophulosorum stelle eine bazilläre Hauttuberkulose dar. Die papulo-nekrotischen Tuberkulide und das Erythema induratum Bazin möchte Verfasser auch zu bazillär tuberkulösen Krankheiten anreihen. Was den Lupus erythematosus anbelangt, so ist es nach Verfasser heute noch nicht zu entscheiden, ob das klinische Bild desselben überhaupt als eine Einheit zu betrachten sei, und ob bei der Entstehung einzelner oder aller Fälle die Tuberkulose ätiologisch oder prädisponierend

eine Rolle spielt. Für die tuberkulöse Natur des Lupus erythematosus spricht zwar manches, sie sei aber noch lange nicht erwiesen. Die kleinknotige Form des multiplen benignen Sarkoids (Boeck) ist nach Erfahrungen der Fingerschen Klinik zu den bazillären Tuberkulosen zu zählen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

c. *Syphilis.*

Die Gefahren der Syphilisübertragung in modernen Säuglingsstationen, von J. Cassel - Berlin - Wilmersdorf. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 50.) Um die Einschleppung und die Verbreitung der Syphilis durch die Ammen sowohl wie durch Säuglinge zu verhüten, bedürfen die Säuglingsstationen eines geschulten Pflegerinnen- und ärztlichen Hilfspersonals und eines leitenden Arztes, der mit der Pathologie der Säuglinge aufs innigste vertraut ist. *Schourp-Danzig.*

Über Autoinokulation und Reinfektion mit Syphilis, von J. Hutchinson jr.-London. (*Lancet.* 29. Mai 1909.) Verfasser berichtet über vier Fälle, bei denen längere Zeit (drei bis acht Wochen) nach der Entwicklung des Primärsyphilids die Patienten an einer mehr oder weniger entfernten Körperstelle ein zweites typisches Initialgeschwür darboten. Ferner gibt er die Hauptmomente an bei sieben Fällen, bei denen nach dem Vergehen aller syphilitischen Symptome mehrere Jahre später eine zweite Infektion mit allen typischen Merkmalen erfolgte. Die Behandlung hatte der Hauptsache nach in der fortgesetzten innerlichen Darreichung von Quecksilber bestanden. (Siehe auch Bericht über Sitzung der Royal Soc. of Medicine.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Mit einer Schadensersatzklage wegen **Verletzung durch Röntgenstrahlen** hatte sich kürzlich das Reichsgericht zu beschäftigen. Der Kläger war in dem der Kirchengemeinde St. Marie gehörigen St. Josephspitale in B. wegen Handflechte zwölf Tage lang mit Röntgenstrahlen behandelt worden. Er behauptet, dafs durch zu kräftige Bestrahlungen erhebliche Verbrennungen eingetreten sind, und begehrt deshalb Schadensersatz. Die Kirchengemeinde lehnt jede Haftung ab, da sie einen Vertrag auf ärztliche Behandlung mit dem Kläger nicht abgeschlossen, der Kläger auch die Hand trotz Warnens zu nahe an den Apparat herangehalten habe. Das Landgericht erkannte zugunsten des Klägers, während das Oberlandesgericht Düsseldorf auf Abweisung der Klage erkannte. Es sieht eine vertragliche Haftung nicht für erwiesen an, weil der Kläger nur zur Pflege und Beköstigung in die Anstalt aufgenommen worden sei. Was die Haftbarmachung nach § 823 BGB. anlange, so sei ein vorsätzliches schadhaftes Handeln der Beklagten oder eines ihrer Vertreter nicht dargetan. Wenn die Behandlung teilweise auch von einem Bureauangestellten ausgeführt worden sei, so gehe das die Beklagte nichts an, da sie sich darauf habe verlassen können, dafs ihre Ärzte und der Leiter der Anstalt die unbefugte Benutzung der Röntgenstrahlen nicht zulassen würden. Dieses Urteil des Oberlandesgerichts Düsseldorf wurde auf die vom Kläger beim Reichsgericht eingelegte Revision vom III. Zivilsenat des höchsten Gerichtshofes aufgehoben und die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung an das Oberlandesgericht zurückverwiesen. (Nach *Allg. med. Centralztg.* 1909. Nr. 14.)

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 50. | №. 2. | 15. Januar 1910.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Wiener allgemeinen Poliklinik (Vorstand: Dozent Dr. G. Nobl).

Über persistierende teleangiektatische Hautveränderungen nach Spätlues.

Von

cand. med. Heinrich Trawiński.

Die chronisch-entzündliche Veränderung der Hautgefäſse, welche einer umfangreichen Gruppe von Dermatosen als wichtigste gewebliche Grundlage dient, pflegt im klinischen Bilde in der Summe der Erscheinungen nicht sonderlich zum Ausdruck zu gelangen. Gering ist nur die Zahl der Läsionsformen, bei welchen der hervorstechende Zustand der vaskulären Bahnen die nosologische Definition leitet und die Hervorhebung gesonderter Krankheitstypen ermöglicht.

Aus dem Bereiche der letzteren, genauer charakterisierten Gefäſserkrankungen der Haut seien an dieser Stelle zwei Formen noch jungen Datums namhaft gemacht, die einigermaſsen den Übergang zu einer Varietät anzubahnen helfen, welche an unserer Station beobachtet wurde. Es sind dies die von Majocchi ausgewiesene Purpura annularis teleangiectodes (1905) und das von S. Ehrmann (1908) mit dem Namen der Livedo racemosa belehnte Zustandsbild.

Majocchi[1] beschrieb als „Purpura annularis teleangiectodes, Teleangiectasia follicularis annulata“, eine Dermatose mit folgenden charakteristischen Allgemeinerscheinungen:

Es entstehen punkt- und linsenförmige, manchmal lineare, rosa- und lividrote Flecke, gebildet von kapillaren Ektasien mit folgenden Hämorrhagien, ohne vorhergehende Hyperämie, ohne wahrnehmbare nennenswerte Infiltration der Haut, gewöhnlich in evidenter Beziehung zu den Haarfollikeln. Diese Flecke entwickeln und vermehren sich langsam, weisen

[1] Majocchi Domenico, Purpura annularis teleangiectodes. (R. Academia delle Scienze dell' Instituto di Bologna 1905.)

dabei ein exzentrisches Wachstum, eine zentrifugale Flächenzunahme auf, wodurch ihre schöne Ringform bedingt wird. Sie sind symmetrisch angeordnet und entstehen primär an den Extremitäten, besonders an den unteren, selten sekundär am Stamme. Pruritus oder sonstige Störungen der Hautsensibilität fehlen; häufiger gehen oberflächliche und tiefe Neuralgien, Myalgien und oft auch Arthralgien der Eruption voran und begleiten dieselbe. Die Dermatose geht in leichte Atrophie und Achromie der Haut über, bisweilen mit temporärer oder permanenter Alopecie kombiniert. Der Krankheitsprozeſs spielt sich in drei Stadien ab. Dem teleangiektatischen, die Follikeln zunächst ergreifenden Stadium folgt der Zustand der Hämorrhagie bezw. Pigmentation, der sich durch den beständig oberflächlichen Sitz der Hämorrhagien auszeichnet. Als dritte Phase folgt die Atrophie.

Der dystrophische Zustand der Haut im Gebiete der hämorrhagisch-teleangiektatischen Partien wird durch die dem Prozesse zugrunde liegende Endarteriitis obliterans mit Sklerose der Cutis und Atrophie der Subcutis, der Haar- und Talgdrüsenfollikeln, der glatten Muskulatur und Ektasie der Lymphgefäſse bedingt; die primäre Läsion ist die Endarteriitis obliterans. Die wahrscheinliche Ursache der Erkrankung liegt nach MAJOCCHI in einer primären Umordnung der vasomotorischen Zentren der gefäſsinnervierenden Fasern, welche längs der Gefäſswände verlaufen, und eine Depression des Gefäſstonus in verschiedenem Grade bedingen. Neben dieser angioneurotischen Hypothese, welche die Endarteriitis obliterans nicht zu erklären vermag, greift MAJOCCHI auf eine toxogene Entstehung der Erkrankung zurück, indem er annimmt, daſs irgend ein toxischer Stoff, welcher bei der Neubildung der Gefäſsintima, gelegentlich einer — nicht genau ergründeten — Läsion derselben freigeworden, einen Reiz auf die Gefäſswand ausgeübt habe; dieser sei als Ursache der Endarteriitis zu beschuldigen. Herzfehler, Lues, Infektionskrankheiten oder rheumatische Affektionen konnten ätiologisch nicht berücksichtigt werden.

Eine andere klinisch, histologisch und ätiologisch von der Purpura MAJOCCHI abweichende Erkrankungsform der Hautgefäſse beschrieb in neuester Zeit EHRMANN.[2] Er konnte in mehreren Fällen von Spätlues mit spezifischen Erscheinungen am ganzen Arteriensystem eigentümliche Veränderungen der kleinsten Hautarterien und Kapillaren beobachten.

Das Krankheitsbild bietet klinisch die Form von eigentümlichen, am Stamm und Extremitäten ausgebreiteten, baumförmig verzweigten Haut-

---

[2] S. EHRMANN, Ein neues Gefäſssymptom bei Lues. (Nach einer Demonstration in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Ärzte vom 19. Oktober 1906) *Wien. med. Wochenschr.* 1907. Nr. 16.

Ibid., Über die durch syphilitische Gefäſsveränderungen bedingten Gefäſsphänomene der Haut. Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin. XXV. Kongreſs. Wien 1908. S. 192.

zeichnungen, seltener netzförmige Figuren dar, die eine gewisse Ähnlichkeit in der Zeichnung mit Blitzfiguren haben und in der dunkellividroten Farbe an Leichenhypostasen erinnern. Die einzelnen Äste, 1—2 cm breit, leicht erhaben, sind an den spitzzulaufenden Enden sowie an den Rändern verschwommen, gehen allmählich in die normalgefärbte Haut über. Die Erhebung über das Hautniveau sowie die livide Farbe sind am meisten an den dickeren Zweigen ausgesprochen, von denen die dünneren wie von einem Hauptast abgehen. Die Haut fühlt sich dabei kühl an, was durch die passive und Stauungshyperämie der erkrankten Bezirke erklärlich ist. Diese eigentümlichen Veränderungen befallen besonders häufig die Streckflächen der oberen und unteren Extremitäten, sonst noch auch den Stamm, die Schultergegend, die seitliche Bauch- und Brustgegend sowie die Lenden-, Kreuzbein- und Glutaealregion. Es handelt sich dabei nach Ehrmann nicht um erweiterte Gefäſsbäume, sondern um hyperämische Hautpartien, ähnlich wie bei der Cutis oder Livedo marmorata; sie unterscheiden sich von dieser dadurch, daſs ihre Zeichnung kein kontinuierliches Netz, sondern gewissermaſsen abgerissene, verzweigte, mehr plumpe Figuren darstellt. Die Zeichnungen sind auch manchmal recht beträchtlich eleviert und ihre dunkellividrote, an Totenflecke erinnernde Färbung unterscheidet sich von der helleren mehr roten, weniger „leichenhaften“ der banalen Cutis marmorata. Den wesentlichen Unterschied bildet die Gefäſsreaktion; beim Bestreichen dieser hyperämischen Hautpartien füllen sich die Gefäſse bei leichter Reibung sofort wieder nach Aufhören des Druckes in ihrem ganzen Umfang, ohne die der Cutis marmorata bei gleicher Reizung eigentümliche zinnoberrote Verfärbung anzunehmen. Ehrmann bezeichnete diese merkwürdige Erscheinung als Livedo racemosa; er nimmt an, daſs die ursprüngliche Anlage zur Erkrankung höchstwahrscheinlich den Hautsyphiliden entstammt, welche auf dem Boden der Cutis marmorata sich entwickeln. In positiven Fällen sollen in den nach Levaditi behandelten Präparaten Spirochäten in der Wand und in der nächsten Umgebung der Gefäſse der exzidierten Macula auffindbar gewesen sein. Syphilisresiduen sollen höchstwahrscheinlich die Sklerose der kleinsten Gefäſse bedingen. Das groſsmakulöse Syphilid zeigt in bezug auf Blutgefäſse genau dieselbe Verteilung und ähnliche Veränderungen, wie es bei der Livedo racemosa der Fall ist. Während aber bei den frischen Syphiliseruptionen die Endarteriitis noch resorbierbar ist, stellt sie in alten Fällen (Livedo) eine dauernde Bildung dar, die in das Gebiet der Parasyphilis hinübergeht. Der angeführte positive Mikrobenbefund steht zu dieser Deutung allerdings in einigem Gegensatz.

Diesen hier angeführten Angaben sei die Beobachtung eines Falles angeschlossen, welche dem klinischen Bilde nach in mehrfacher Richtung eigenartige, die Sonderstellung der Erkrankung rechtfertigende Anzeichen

darbot. Überdies zeigten einzelne Veränderungen eine Ähnlichkeit mit der Livedo racemosa EHRMANN; andere Erkrankungsherde erinnerten an Purpura MAJOCCHI. Erst die histologische Untersuchung erlaubte einige, für die Natur und Herkunft des eigentümlichen Krankheitsprozesses sprechende Momente auffindbar zu machen.

Der Fall betrifft einen 48jährigen, verheirateten Mann, Ka. Al. Von Kinderkrankheiten überstand Patient nur Masern. Im 20. Lebensjahre perianale Geschwüre, die nach fünfmonatlicher Behandlung mit Lapisstift sich zurückgebildet haben sollen. An einen Primäraffekt oder Exanthem weiſs Patient sich nicht zu erinnern. Mit 24 Jahren Blennorrhoe, zu gleicher Zeit Blattern mit Befallensein des Gesichtes, der beiden oberen, besonders aber der unteren Extremitäten von den Knien abwärts. Im 31. Lebensjahre akuter Gelenkrheumatismus. Die Gelenkschmerzen sollen sich dann durch neun Jahre jährlich immer im Hochsommer mit wechselnder Intensität wiederholt haben. Mit 36 Jahren zweite Tripperinfektion. Vor sechs Jahren suchte Patient wegen Schmerzen im Unterleib und in der Blasengegend eine chirurgische Klinik auf, wo ihm der linke Hoden entfernt wurde (Tuberkulose?). Vier Jahre später Operation wegen Harnröhrenstriktur.

Vor drei Jahren hatte Patient einen Ausschlag am Kopf, dieser sei angeblich nach einer Salbenbehandlung bald vergangen. Im November 1908 sei an der linken Haarstirngrenze ein handtellergroſser, rotvioletter, leicht infiltrierter Herd entstanden, der nach vier Quecksilberinjektionen zurückging. Zugleich mit dem Auftreten der Veränderung am Kopfe sei eine Geschwulst in der linken Ellenbogenbeuge zur Entwicklung gekommen. Ähnliche Veränderungen, wie an der Stirn, hat Patient vor zwei Jahren am rechten Oberarm bemerkt; sie sollen sich binnen acht Wochen ohne jede Behandlung vollkommen zurückgebildet haben. Die diffus am Stamme des Patienten sowie an den oberen und unteren Extremitäten zerstreuten eigentümlichen Flecke sollen angeblich an Stelle von flachen Hautgeschwüren zurückgeblieben sein. Einzelne Effloreszenzen werden auf ungefähr drei Jahre zurückdatiert; nach Angabe des Patienten hatten sie anfangs das Aussehen von stecknadelkopfgroſsen Knötchen, wurden später allmählich immer gröſser und breiteten sich zu Flecken aus. Patient ist sehr nervös, starker Raucher und Potator; er ist seit 18 Jahren verheiratet und hat drei gesunde Kinder; seine Frau abortierte zweimal während ihrer letzten zwei Graviditäten, vor elf, dann vor neun Jahren.

Status praesens: Mittelgroſser Mann von kräftigem Knochenbau und gut entwickelter Muskulatur. Ikterus und Ödeme sind nicht vorhanden. Die Pupillen mittelweit, reagieren prompt auf Licht und Akkommodation. Der Hornhaut- und Rachenreflex leicht herabgesetzt, Patellarreflex etwas gesteigert. Die Zunge feucht, nicht belegt, die sichtbaren Schleimhäute sind rosarot und feucht. Die Radialis fühlt sich etwas rigid an, ist sonst in ihrer Wandung nicht wesentlich verändert. Puls rhythmisch und äqual von normaler Frequenz. Die Perkussion und Auskultation der Lunge ergibt, abgesehen von einer linksseitigen, pleuritischen Adhäsion, normale Verhältnisse. Der Herzspitzenstoſs ist normal fühlbar im V. Interkostalraume innerhalb der Mamillarlinie, das Herz ist nicht vergröſsert. Über den venösen Ostien hört man zwei reine, leicht klappernde Töne, der erste Ton über der Herzspitze etwas gedehnt; zwei reine Töne über der Pulmonalis, der zweite Aortenton akzentuiert, metallisch klingend. Die abdominalen Organe ergeben bei der Untersuchung keine pathologischen Veränderungen.

Über der linken Ellenbogenbeuge befindet sich ein fünfkronenstückgroſses Schwielengumma mit marmorierten, $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ cm breiten, lividrot ver-

färbten, an den Rändern verschwommenen, durch feine, ästchenartige Fortsätze miteinander im Zusammenhang stehenden, ganz leicht infiltrierten, auf Fingerdruck abblassenden, doch nicht vollständig verschwindenden Ausläufern längs der Beugefläche des Oberarmes; einzelne lividrote Streifen verraten sich deutlich als kapilläre Ektasien. Die dunkellividrote Verfärbung ist in den Achsen der Streifen sowie entsprechend den Linienzügen wo mehrere Ästchen zusammentreffen, tiefer gesättigt. Die marmorierten Figuren setzen sich hinauf entlang dem lateralen Rande des Musculus biceps auf einer 10 cm langen Fläche fort. Nebenbei befindet sich an der Streckfläche des rechten Unterarmes, entsprechend dem Musculus anconaeus sowie an der Radialseite des linken Unterarmes je ein kronenstückgrofser, nicht scharf abgegrenzter, leicht verwaschene Ränder aufweisender, ähnlich verfärbter, mäfsig infiltrierter, von naevusähnlichen Gefäfsreisern durchzogener, ganz fein und leicht schuppender Herd, in der Mitte von ektatischen Venenstämmchen durchfurcht. Ähnliche kleinere, disseminierte, linsen- bis kronenstückgrofse Herde befinden sich an den Streckflächen der beiden oberen Extremitäten, teilweise auch am Rumpf, am Rücken sowie auf der Thorax- und Bauchhaut. Der gröfste Herd, eine über fünfkronenstückgrofse Plaque sitzt auf der Vorder- und Aufsenfläche des rechten Unterschenkels, entsprechend dem unteren Anteile des oberen Drittels der Tibia.

Alle diese Herde lassen sich durch folgende Merkmale charakterisieren: Sie sind lividrot verfärbt, nicht ganz scharf gegen die Umgebung abgegrenzt, leicht infiltriert; das Infiltrat verrät sich dem tastenden Finger nicht als gleichmäfsig, sondern mehr als aus zarten, sich durchkreuzenden, teilweise auf ganz kurze Strecken sich in die normale, an der Oberfläche der Haut keine Veränderungen aufweisende Umgebung fortsetzenden, strängchenartigen Gebilden bestehend. Die Follikeln erscheinen in den lividrot verfärbten Herden als blafsrosarote, kleinstecknadelkopfgrofse Fleckchen. Diese Farbendifferenz täuscht beim Ansehen der einzelnen Plaques ein Eingesunkensein der Follikeln vor, welche Erscheinung jedoch dem taktilen Nachweis völlig entgeht. Beim Fingerdruck blassen die Effloreszenzen beträchtlich ab, sie verschwinden aber nicht vollständig und lassen die Farbendifferenz der Follikeln, wenn auch weniger deutlich, aber doch noch erkennen. Die Ränder der einzelnen Flecke sind leicht verwaschen; eine Farbendifferenz zwischen Zentrum und Peripherie besteht nicht.

Nebenbei waren im Gesicht sowie an den oberen und unteren Extremitäten und am Stamm des Patienten bis erbsengrofse Variolanarben zu sehen; an der Kopfhaut ein serpiginöses Syphilid. Über der Brust einige seborrhoische Warzen und Follikulitiden, über dem Epigastrium drei Narben, 1 cm breit, 2—4 cm lang (Schnittverletzungen).

Im Urin des Patienten waren keine pathologischen Bestandteile nachweisbar.

Die Blutuntersuchung ergab folgenden Befund:

Rote Blutkörperchen: 6500000.
Weifse Blutkörperchen: 8000.
Fleischl: 100% Hämoglobin.

Im Blutausstrichpräparate, nach Leishman gefärbt, waren nach der relativen Zählung 63% Neutrophile, 3% Eosinophile, 25% Lymphocyten, 6% Übergangsformen, 3% Mastzellen.

Dieser Blutbefund bewegt sich beinahe in normalen Grenzen. Die leichte Ver-

mehrung der Übergangsformen (normal 3%), ist bei Lues nicht atypisch. Auch die Vermehrung der Mastzellen (normal ½—1%) ergibt keinen Anhaltspunkt für die Deutung der beschriebenen Plaques.

Die WASSERMANNsche Serumreaktion fiel positiv aus.

Zur genaueren Erklärung der eigentümlichen Hautveränderungen wurden an zwei Stellen, am linken Oberarm, entsprechend den geschilderten marmorierten Ausläufern, sowie von der gröfsten Plaque vom rechten Unterschenkel zwei Segmente exzidiert und histologisch untersucht. Die mikroskopischen Bilder beider in Serien geschnittener Präparate waren einander in der geweblichen Struktur und Anordnung ziemlich ähnlich. Die histologische Untersuchung hat folgendes ergeben:

Normale Epidermis; das Stratum cylindricum ist durch reichlichen Pigmentgehalt ausgezeichnet, besonders in dem vom rechten Unterschenkel exzidierten Herd. Der Papillarkörper ist atrophisch; die Papillen an einzelnen Stellen beinahe vollständig verstrichen. Die Papillargefäfse sind normal angeordnet und verästelt. Auffällig an den Gefäfsen ist die beträchtliche Erweiterung ihrer Lumina und Wandverdickung. Rundzelleninfiltrate um die Gefäfse sind nur spärlich auffindbar. Die Gefäfswände zeigen ziemlich scharf circumskripte Infiltrate, die sich bei starker Vergröfserung und bei Färbung mit polychromem Methylenblau nach UNNA als aus perithelialen Elementen bestehend erweisen. Rundzellen sind in diesen Gefäfswandinfiltraten verhältnismäfsig spärlich vertreten. Besonders verändert ist das subpapillare Gefäfsnetz. An der Grenze zwischen Stratum papillare und Stratum reticulare corii verlaufen diese auffallend erweiterten, in ihrer Wandung beträchtlich verdickten Gefäfse an einzelnen Strecken in beinahe geraden Linien. Diese Gefäfsanordnung erinnert an die für Lichen planus charakteristische; es fehlen aber, abgesehen von der anderen Infiltrationsart, die für Lichen charakteristischen Veränderungen im Bereiche der Epidermis und des Papillarkörpers. — Nebenbei sieht man diffus an einzelnen Stellen kleine, nicht scharf abgegrenzte Rundzelleninfiltrate. Das Stratum reticulare zeigt normale Verhältnisse. Nach der Färbung mit polychromem Methylenblau kommen Plasmazellen reichlich zum Vorschein. Die Tunicae mediae der Gefäfse sind etwas verdickt. Eine Bindegewebswucherung im Bereiche der Intima oder Media ist nirgends nachweisbar. Die Elastica interna ist erhalten und scheint normal zu sein.

Diese auffallenden Veränderungen sind auch an den Gefäfsen der Schweifs- und Talgdrüsen zu sehen. Das Stratum reticulare ist im obersten Anteile an manchen Stellen von nicht breiten, fibrösen, dicht gefügten Bindegewebszügen durchbrochen, deren Neubildung durch den von den erkrankten Gefäfsen ausgehenden Reiz bedingt zu sein scheint.

In der anatomischen Veränderung der eigentümlich erkrankten Gebiete ist ein System im Sinne des Befallenseins der subpapillären und papillären Gefäfse ausgesprochen. Das anatomische Bild erklärt von den klinisch wahrnehmbaren Symptomen das leichte Infiltrat, das sich dem tastenden Finger darbot, sowie die fibrösen, strangartigen Züge, welche den perithelialen Gefäfswucherungen und teilweise auch den neugebildeten fibrösen Bindegewebszügen entsprechen dürften.

Die klinische Ähnlichkeit der geschilderten Veränderungen mit der von EHRMANN beschriebenen Livedo racemosa ergibt sich nur aus der Anordnung der vom Gumma ausgehenden marmorierten Ausläufer. In EHRMANNS Fällen waren auf mehreren Körpergegenden zugleich ähnlich

aussehende, netzförmige Zeichnungen vorhanden; in unserer Beobachtung beschränkte sich die eigentümliche, fleckige Verästelung eigentlich nur auf eine einzige Stelle; ihre Zugehörigkeit zu anderen plaqueförmigen Herden erweist sich dadurch, daſs den hier hervorgehobenen Erkrankungsgebieten dieselben geweblichen Veränderungen entsprechen. Auch nach dem histologischen Befunde muſs unsere Varietät gesondert werden; Ehrmann erklärt die Veränderungen bei der Livedo racemosa als Endarteriitis der kleinen Hautarterien, die mit Sklerosierung der Wände einhergeht; in unseren Präparaten war eine Wucherung der Intima mit konsekutiven Veränderungen an der Media nicht nachweisbar. Es fehlt uns somit jeder Anhaltspunkt für die gewebliche Gleichstellung unserer Befunde mit jenen Ehrmanns.

Wenn auch die rundlichen Flecke an Purpura annularis teleangiectodes Majocchi denken lieſsen, so muſste man die letztgenannte Läsionsform gleichfalls ausschlieſsen. Es fehlte den Effloreszenzen, abgesehen von der mit dieser Purpuraform nicht stimmenden Verfärbung, die charakteristische, ringförmige Anordnung und Abgrenzung, sowie der Unterschied zwischen dem atrophischen Zentrum und der Peripherie, ebenso auch die Tendenz zur exzentrischen Ausbreitung der einzelnen Plaques. Das histologische Bild erinnert nur in bezug auf die ektatischen Gefäſse an das der Purpura. Jedoch fehlten Anhaltspunkte für die Annahme einer Endarteriitis obliterans mit Sklerose der Cutis und Atrophie der Subcutis, der Haar- und Talgdrüsenfollikel sowie der glatten Hautmuskulatur. Es waren auch keine Hämorrhagien um die ektatischen Gefäſse nachweisbar.

Die Ätiologie und Histogenese der Erkrankung können nach dem histologischen Befunde nicht ergründet werden. Die ziemlich geringfügigen Veränderungen der Innenwände der ektatischen Gefäſse, die dicht um die Adventitien angeordneten Infiltrate, in denen peritheliale Elemente den Rundzellen gegenüber überwiegen, alle diese Momente insgesamt scheinen dafür zu sprechen, daſs der Krankheitsprozeſs in dem geschilderten Falle sich in den Gefäſsadventitien abspielt. Somit wäre die Erkrankung vom anatomischen Standpunkte als Perivasculitis syphilitica teleangiectatica aufzufassen.

Der Zusammenhang der Veränderungen mit Lues kann wohl mit Sicherheit angenommen werden. Dafür sprechen auch die anamnestischen Angaben des Patienten, die darauf hinweisen, daſs diese eigentümlichen Flecke sich an Stelle von zurückgegangenen Verdichtungen entwickelt haben. Auch die histologischen Bilder der exzidierten Gewebsstücke, von den marmorierten Ausläufern des Schwielengummas über der linken Ellenbogenbeuge des Patienten und von der gröſsten Plaque vom rechten Unterschenkel waren im wesentlichen einander ähnlich. Daneben

verrät das reichliche Vorhandensein von Plasmazellen in den Präparaten den Charakter eines spezifisch veränderten Gewebes.

Die eigentümlichen Plaques entwickelten sich höchstwahrscheinlich an Stelle von Schwielengummen der Haut. Es kam zur weitgehenden Resorption des gummösen Gewebes, zugleich aber auch zur Veränderung der papillären Gefäſse.

Die histogenetische Ursache dieser Veränderungen ist schwer aufzudecken. Zwei Vermutungen könnten diesbezüglich berücksichtigt werden. Es wäre möglich, daſs das syphilitische Virus sich in den Adventitien der von der Erkrankung betroffenen Gefäſse angesiedelt hat, daſs die Stoffwechselprodukte der Spirochäten hier lokal toxisch eingewirkt und entzündliche Veränderungen der Adventitien zur Folge hatten. Andererseits ist aber auch eine andere Vermutung verlockend, daſs das durch längere Zeit bestehende, dann allmählich zur Resorption gelangende Schwielengumma die Gefäſsadventitien in einen Reizzustand versetzte, so daſs diese dann mit Ektasie des Lumens und entzündlicher Wucherung auf den Reiz antworteten. Es wäre dabei auch möglich, daſs die erkrankten Gefäſse schon vor der Einwirkung des Reizes nicht mehr im normalen Zustande sich befanden, daſs eine Art von Prädisposition zur Erkrankung bereits vorhanden war, daſs aber der Reiz erst das auslösende Moment zur Entzündung abgegeben hat.

Die geschilderten, eigentümlichen Plaques blieben trotz energischer Kur (20 Injektionen Ol. cin. à 0,05 Hg), welche die Heilung des Gummas über der Ellenbogenbeuge sowie gänzlichen Schwund der spezifischen Veränderungen an der Kopfhaut des Patienten zur Folge hatten, nicht im geringsten beeinfluſst.

Aus dieser einzigen Wahrnehmung wage ich nicht, eingehendere Schlüsse zu ziehen. Vielleicht wird eine vergleichende Beobahtung anderer ähnlicher Fälle eine genauer präzisierte Deutung dieser Hautgefäſsveränderungen gestatten und ihr Zustandekommen erklären.

Aus Dr. med. DREUW's Poliklinik für Haut- und Harnleiden in Berlin.

Über Gelonida-Tabletten.

(Mit besonderer Berücksichtigung der Anwendung bei akuter Gonorrhoe.)

Von

Dr. med. DREUW-Berlin.

Eine beliebte, bequeme und leicht dosierbare Form für die Medikation innerlich wirkender Arzneimittel ist die Verordnung in Gestalt von Tabletten und Kapseln. Die Kapsel hat jedoch vor der Tablette den Nachteil, daſs nach der Erweichung und Eröffnung der Kapselhülle der ölige oder balsamische Inhalt sich auf einmal auf die Magenschleimhaut ergieſst und bei empfindlichen Personen leicht zu einer Reizung führen kann, namentlich dann, wenn es sich um stärker wirkende Mittel handelt. Anders bei der Tablettenform, deren wirksame Bestandteile im Magendarmkanal erst langsam zur Auflösung und dann zur Resorption kommen. Aber auch bei der Anwendung dieser Arzneimittelform kommt es leicht zu einem mechanischen Druck auf die Magendarmschleimhaut, wenn die Tablette sich schwer löst und sozusagen als Fremdkörper wirkt. Habe ich doch in letzter Zeit Tabletten zur internen Behandlung der Gonorrhoe geprüft, die noch nach 72 Stunden Lagerung in Wasser und in künstlichem Magensaft auch nicht die geringste Neigung zum Zerfall zeigten.

Im folgenden möchte ich über eine Methode berichten, die es gestattet, eine Reihe von Tabletten sehr leicht im Magendarmkanal zum Zerfall zu bringen, so daſs die Bestandteile ohne jede mechanische Reizung der Magendarmwand zur Resorption kommen können, über das sogenannte Gelonidverfahren. Dieses beruht auf folgendem:

Versetzt man ein gröſseres Quantum Gelatine mit einigen Tropfen Formaldehyd, so nimmt diese bekanntlich hornartige Beschaffenheit an und geht in die vollkommen unschädliche Trioxymethylengelatine über, die sich leicht pulvern läſst. Setzt man von dieser feingepulverten Substanz etwa 10% der Tablettenmasse zu, so bekommt die fertige Tablette trotz der intensiven Kompression in der Tablettenmaschine bei einer Reihe von Medikamenten die Eigenschaft, bei Berührung mit Wasser fast augenblicklich zu einer feinen Masse zu zerfallen. Man kann, wenn man eine nach der beschriebenen Methode hergestellte Tablette in ein mit Wasser gefülltes Glas legt, deutlich beobachten, wie die Tablette nach einigen

Sekunden intensiv aufquillt, sich mit Wasser aufsaugt und dann plötzlich wie ein keimendes Samenkorn sozusagen von innen heraus auseinanderfällt. Als die Ursache dieser starken Zerfallsfähigkeit der Gelonidtablette ist die Fähigkeit der Trioxymethylengelatine anzusehen, sich mit wässerigen Flüssigkeiten energisch zu imbibieren, so dafs die zwischen den pharmazeutisch wirksamen Bestandteilen der Tablette liegenden Trioxymethylengelatinepartikelchen zum raschen Quellen gebracht werden und dadurch die Tablette zum Zerfall zwingen.

Wirft man zum Vergleich eine nach dem bisher üblichen Verfahren hergestellte, beispielsweise eine Antipyrintablette zugleich mit einer nach dem Gelonidverfahren hergestellten Tablette in Wasser oder in künstlichen Magensaft, so sieht man, dafs die Gelonidatablette in einigen Sekunden zerfällt, während die andere manchmal noch nach einer Viertelstunde und noch länger ungelöst daliegt, und auch nach dem Zerfall zeigen die nach dem bisher üblichen Verfahren hergestellten Tabletten Verschiedenheiten vor der Gelonidatablette, insofern als die Gelonidatablette in der Regel zu einer pulverförmigen körnigen Masse zerfällt, während die gewöhnlichen Tabletten eine klebrige Beschaffenheit nach dem Zerfall, namentlich die mit Amylum hergestellten zeigen. Acetylsalicyl-Gelonida-Tabletten zerfallen momentan vor den Augen des Beschauers, wobei sie in einer geradezu staunenswerten Weise aufquellen. Die aufgequollene Tablette nimmt etwa das vierfache des Volumens der nicht in Wasser befindlichen ein. Am deutlichsten kann man die enorme Quell- und Aufsaugefähigkeit der Gelonida-Tabletten beobachten, wenn man z. B. auf eine Acetylsalicyl-Gelonida einen Tropfen Wasser mit einem Glasstab bringt. Es entsteht dann fast momentan an der benetzten Stelle eine tumorartige Erhebung, die dann bald in einzelne Lamellen und in eine pulverförmige Masse zerfällt.

Chiningelonida beginnen nach etwa einer Minute zu zerfallen und sind nach etwa 15 Minuten vollständig zerbröckelt, während die aus der Apotheke bezogenen Chinintabletten erst nach 5 Minuten den Beginn des Zerfalls zeigten und erst nach 2 Stunden zur Hälfte zerfallen waren. Bei Radix rhei beträgt die Zerfallzeit der Gelonida-Tabletten etwa die Hälfte der Zeit gewöhnlicher Tabletten. Die Gelonida-Tabletten werden hergestellt von der Chem. Fabrik Goedecke & Cie., Berlin N. 24.

Man hat es natürlich in der Hand, durch bestimmte Umhüllungen (Schokolade, Zucker, Gelatine, Keratin usw.) den Zeitpunkt des Zerfalls der Tablette annähernd zu bestimmen. Es ist interessant, die mit Schokolade umhüllten Gelonidtabletten in wässerigen Flüssigkeiten während des Zerfalls zu beobachten. Etwa zwei bis drei oder vier bis fünf Minuten, nach-

dem man die Schokoladetablette in Wasser gelegt hat, sieht man, besonders wenn man den Mantel vorher angebohrt hat, so dafs das Wasser leicht ins Innere eindringen kann, dafs der Tablettenkern explosionsartig den ihn umgebenden Schokoladenmantel sprengt. Der obere Teil des Mantels wird direkt abgehoben und der pharmazeutisch wirksame Kern der Tablette, der aus der entstandenen Lücke des Mantels sozusagen herausgeprefst wird, zerfällt dann bald zu einer krümlichen amorphen Masse.

Das Formaldehyd ist in jeder Tablette in so winzig kleiner Menge vorhanden, dafs es praktisch kaum in Betracht kommt.

100 g	Formaldehyd-Gelatine	enthalten	0,1 g	Formaldehyd
1,0 „	„	„	0,001 „	„
0,1 „	„	„	0,0001 „	„

Eine Tablette von 1 g Schwere enthält also 0,0001 g Formaldehyd.

Würde es gelingen, die Bestandteile der in Kapseln eingeschlossenen Medikamente zu leicht zerfallenden Gelonidtabletten zu komprimieren, so wäre für viele, namentlich in der Gonorrhoetherapie gebräuchlichen Medikamente, die bisher in Kapseln gegeben werden, ein zweifelloser Vorteil erreicht, der sich vor allem darin zeigen müfste, dafs eine Reizung der Magenschleimhaut, wenn nicht ganz verhindert, so doch erheblich reduziert wird.

Meine klinischen Untersuchungen über Gelonidtabletten erstrecken sich hauptsächlich über die zur Behandlung der Gonorrhoe verwandten Heilmittel.

Die innerlich angewandten Antigonorrhoika werden zweckmäfsig eingeteilt:

a) in Balsamika (Copaivabalsam, Ol. santali, Kawa-Kawa, Gonosan, Santyl usw.);
b) in nicht balsamische Mittel (Salol, Arhovin, Hexamethylentetramin usw.),

welche beide Gruppen ihre bestimmten Indikationen und ihre Vorzüge, aber auch hier und da ihre Kontraindikationen und Nachteile haben. Jedenfalls empfiehlt es sich, wenn ein innerliches balsamisches Mittel versagt und die subjektiven Symptome (Schmerzen, Urindrang und schmerzhafte Erektionen) nicht beseitigt werden, oder wenn schädliche Nebenwirkungen sich zeigen (Nephritis), es durch ein nicht balsamisches Mittel zu ersetzen und umgekehrt. Auch hier heifst es, wie überhaupt in der ganzen Therapie: „Individuell, nicht schematisch behandeln.“

Ich habe nun versucht, die gebräuchlichsten Balsamika nach dem oben beschriebenen Gelonidverfahren in Tablettenform darzustellen, ohne technisch zum Ziele gekommen zu sein. Es war unmöglich sowohl Copaivabalsam als auch Ol. santali und Kawa-Kawa zu leicht zerfallbaren Gelonidtabletten zu komprimieren, jedoch gelang dies in bequemer Weise

mit Salol, Urotropin und Arhovin. Salol ist Phenylsalicylsäure von der Formel $C_7H_5O_3 \cdot C_6H_5$. Urotropin ist Hexamethylentetramin von der Formel $C_6H_{12}N_4$. Beide lassen sich nach dem Gelonidverfahren zu leicht zerfallbaren Tabletten komprimieren. Meine klinischen Untersuchungen erstrecken sich hauptsächlich auf Gelonida Arhovini und seine Anwendung bei akuter Gonorrhoe, für welche Gelonida Saloli oder Hexamethylentetramini weniger in Betracht kommen.

Arhovin ist ein Produkt synthetischer Körper des Äthylbenzoats, Thymylbenzoats und Diphenylamins. In den Gelonidtabletten ist das Thymylbenzoat in den wasserlöslichen Zustand übergeführt, nach einer Methode, die es gestattet, Thymol und überhaupt alle Phenole wasserlöslich zu machen, so dafs in den Tabletten das Thymylbenzoat vom Magendarmkanal leicht resorbiert werden kann. Dieses Verfahren beruht darauf, dafs durch Zusatz gewisser Agentien, in diesem Falle Hydrochinon, sonst schwer lösliche Körper, wie Phenole und deren Substitutionsprodukte, z. B. Thymol, leicht löslich werden.

In den Gelonidtabletten kommen also zur therapeutischen Entfaltung Thymylbenzoat, Diphenylamin und Hydrochinon in fester Lösung mit sich gegenseitig unterstützender Wirkung.

Die in dieser Weise hergestellten Tabletten haben eine gelblich graue Farbe und entsprechen einem Gehalt von 0,25 flüssigem Arhovin in Kapseln. Wirft man eine solche Tablette in Wasser, so zerfällt sie schon nach einigen Sekunden zu einer krümlichen Masse, nachdem die Tablette vorher sichtlich aufgequollen sind. Bei Schokoladenumhüllung tritt das geschilderte Phänomen ein, dafs der Schokolademantel nach etwa 15—30 Minuten explosionsartig von innen heraus gesprengt wird.

Um eine möglichst genaue Beantwortung der Frage zu erzielen, ob die Gelonida imstande sind, die lokale Therapie bei akuter Gonorrhoe in zweckentsprechender Weise zu kürzen, die subjektiven Erscheinungen in kurzer Zeit zu beseitigen und Komplikationen möglichst zu vermeiden, wurden die Patienten (96 Fälle nur von akuter Gonorrhoe) in zwei Gruppen geteilt.

1. Fälle mit nur externer Behandlung 15.
2. Fälle mit kombinierter Behandlung 81.

Diese wurden des Vergleiches halber mit den gebräuchlichen Antigonorrhoika Ol. santali und Thyresol sowie Gelonida behandelt.

a) Behandlung mit Gelonidtabletten 35.

b) „ „ Thyresoltabletten 20.

c) „ „ Kapseln von Oleum santali et Kawa-Kawa 26.

Die externe Behandlung bestand, um eine möglichst übersichtliche und gleichmäfsige Versuchsanordnung zu haben, rein schematisch in Injektionen, fünfmal täglich fünf Minuten lang mit Sol. arhovin. 2/200 und

nach Verschwinden der Gonokokken in Injektionen mit Solut. zinci permangan. 0,03/200 oder Injectio composita. Innerlich wurden täglich fünf Thyresol- bezw. fünf Gelonidtabletten oder fünf Kapseln nach dem Essen gegeben.

Die Patienten wurden alle nach folgendem Schema beobachtet:

1. Name?
2. Wie vertrugen die Patienten die innere Behandlung?
3. Wann verschwanden die subjektiven Symptome (Schmerzen und Harndrang)?
4. Wann schwanden die objektiven Symptome?
5. Traten Komplikationen (Cystitis, Epididymitis, Urethritis post. usw.) ein?
6. Wurde Eiweifs im Urin gefunden?
7. Wann wurde die Gonorrhoe geheilt?
8. Wieviel Fälle wurden chronisch?

Die sich ergebenden Zahlen wurden alle notiert und das arithmetische Mittel zum Schlufs gezogen.

1. Externe Behandlung:

Die subjektiven Symptome (Schmerzen und Urindrang) schwanden durchschnittlich nach acht Tagen, die Gonokokken durchschnittlich nach 15 Tagen. In einem Fall trat Arthritis, in einem Cystitis und in zwei Fällen Epididymitis auf, in einem Falle wurde Prostatitis acuta beobachtet. Die Heilung trat bei zwölf Fällen in 5½ Wochen ein, drei Fälle wurden chronisch.

2. Kombinierte Behandlung:

ad 2a. Die Tabletten wurden ohne Aufstofsen vertragen, nur in einem Falle zeigten sich Magenbeschwerden bei einem Patienten, der früher an einer Fleischvergiftung gelitten hatte. Die subjektiven Symptome schwanden durchschnittlich nach vier Tagen. In zwei Fällen wurde Epididymitis, in einem Cystitis, in einem Conjunctivitis, in einem Urethritis post. beobachtet. Eiweifs wurde nicht im Urin gefunden. Die Gonokokken schwanden durchschnittlich zwölf Tage nach Beginn der Behandlung, die Heilung geschah durchschnittlich in 4½ Wochen. Drei Fälle wurden chronisch.

ad 2b. Die Tabletten wurden im grofsen und ganzen gut vertragen. Zwei Patienten klagten über leichtes Aufstofsen und balsamischen Geschmack, zwei über Magenbeschwerden. Die subjektiven Symptome schwanden durchschnittlich nach 4½ Tagen. In einem Falle wurde Epididymitis, in zwei Cystitis und in einem Falle akute Urethritis post. mit terminaler Hämaturie beobachtet. Die Gonokokken schwanden durchschnittlich nach

13 Tagen. Die Gonorrhoe heilte durchschnittlich in fünf Wochen, zwei Fälle wurden chronisch. Eiweifs trat in keinem Falle auf.

ad 2c. Drei Patienten klagten über Aufstofsen und unangenehmen Geschmack. Zwei Patienten konnten die Kapseln nicht vertragen, da sie starke Magenbeschwerden bekamen. Bei einem Patienten zeigte sich Eiweifs im Urin, so dafs von der inneren Medikation Abstand genommen werden mufste. Die subjektiven Symptome schwanden durchschnittlich nach $5^1/_2$ Tagen. In zwei Fällen trat Epididymitis, in zwei Fällen Cystitis, in einem Falle Urethritis post. und in einem Falle ein Prostataabscefs ein. Die Gonokokken schwanden durchschnittlich 13 Tage nach Beginn der Behandlung, die Heilung dauerte durchschnittlich $5^1/_2$ Wochen. In vier Fällen wurde die Gonorrhoe chronisch. Eiweifs und Cylinder wurden in einem Falle gefunden.

Aus dieser absichtlich rein schematisch durchgeführten Behandlungsmethode und Statistik, die nur akute Fälle betraf, geht zur Evidenz die schon so häufig beobachtete und allgemein bekannte Tatsache hervor, dafs die kombinierte Behandlung vor der rein externen lokalen Behandlung zweifellose Vorzüge hat. Im grofsen und ganzen zeigten sich beim Vergleich der balsamischen Thyresoltabletten und der nichtbalsamischen Gelonida Arhovini, dafs das Endresultat beinahe dasselbe ist, nur bezüglich der Einwirkung auf den Magen scheinen die Gelonida entschiedene Vorzüge, namentlich vor der Kapseldarreichung zu haben, die wahrscheinlich auf der eklatanten Zerfallsfähigkeit der nach dem Gelonidverfahren hergestellten Tabletten beruhen.

Zur Kasuistik des Fibroma pendulum giganteum.

Von

Dr. R. Steinhäuser-München.

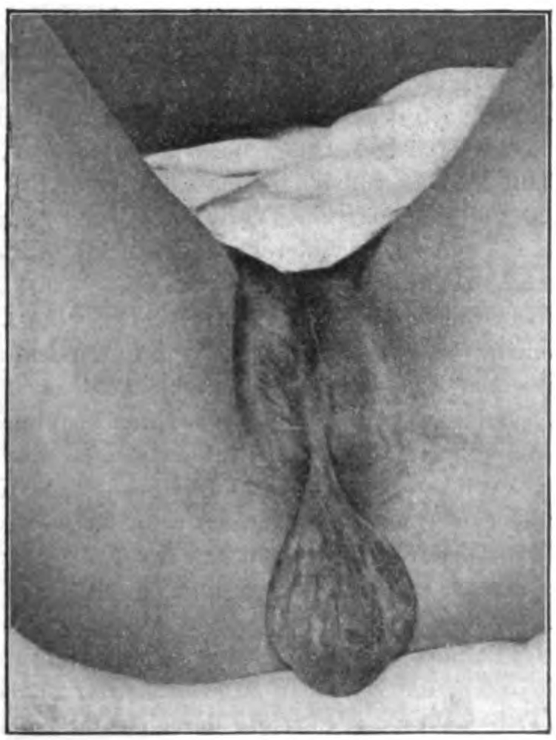
Mit einer Abbildung im Text.

Ein weiterer Fall von Fibroma pendulum giganteum, der mit dem von Delbanco und Schrader im Bd. 48, Nr. 7 *dieser Monatshefte* geschilderten eine grofse Übereinstimmung zeigt, sei hier in Kürze mitgeteilt. Ich beobachtete denselben vor ungefähr vier Jahren und bekam ihn vor einigen Tagen zufällig wieder zu Gesicht.

Fräulein A. R., 42 Jahre alt, trat in meine Behandlung wegen alter tertiärer Ulcera an beiden Unterschenkeln. Infektion angeblich vor zwölf Jahren. Nebenbei erzählte sie mir, dafs sie noch ein anderes Leiden habe. Bei der Untersuchung ergab sich nun folgendes:

Von dem rechten grofsen Labium hängt an einem etwa fingerdicken, 6 cm langen Stiel, dessen Haut direkt in die des Labiums übergeht, ein knolliger hartanzufühlender Tumor herab. Durch die Haut des Stiels schimmern starke Venen, im Innern ein pulsierendes Gefäfs. Der Umfang des Tumors der Breite nach beträgt ungefähr 27—28 cm; der Längsdurchmesser 9 cm; das Gewicht wird etwa $1^1/_2$ Pfund betragen. Die Hautbedeckung stark pigmentiert und stellenweise narbig verändert, da sehr häufig Decubitalulcera vorhanden gewesen sein sollen.

Die Geschwulst habe, wie Patientin erzählt, als ein kleines Knötchen begonnen, das sehr rasch gewachsen sei und in kurzer Zeit seine jetzige Gröfse erreicht habe. Jetzt sei ein Stillstand im Wachstum aufgetreten. Auch ich konnte in der Tat feststellen, dafs innerhalb der vier Jahre, wo ich Patientin nicht sah, der Tumor sich fast gar nicht verändert hat. Zu einer Operation konnte sich die Patientin nicht entschliefsen, da sie, wie sie sagt, die Krankheit gar nicht geniere; sie trägt die Geschwulst in einem selbstverfertigten Beutel gegen den Leib hinaufgebunden. Morgens beim Aufstehen soll, wie Patientin angibt, die Geschwulst etwas kleiner sein, als nach längerem Stehen.



Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1909. Heft 12.

1. **Die Hautfarbe und der Lippensaum des Menschen als Zeugnis für seine Vergangenheit.** von F. B. Solger-Rostock. Im Anschlufs an seine bisherigen Arbeiten über das Hautpigment und seine Bedeutung hat sich S. jetzt mit den Pigmentverhältnissen Handflächen, Fufssohlen und Lippen beim Menschen beschäftigt. Seiner Ansicht nach wird die mangelhafte Pigmentierung der Handflächen und Fufssohlen beim Menschen durch seine Abstammung von baumlebenden, kletternden Vorfahren erklärt. Die eigenartige Lippenform mit dem schleimhautähnlichen roten Saum ist entstanden infolge eines allmählichen Zurückgehens der früher schnauzenartig vorstehenden Kieferpartie bei gleichzeitigem Persistieren der umgebenden Weichteile; auch dieser Umstand weist auf die Gestalt eines Vorfahren zurück, dessen nächste Verwandte die noch heute lebenden menschenähnlichen Affen sind.

2. **Über einen eigenartigen Fall von Keloidbildungen nach Kampferölinjektionen**, von E. Braendle-Breslau. Eine Frau, die im Verlaufe einer Pneumonie mehrere Kampferinjektionen in beide Arme und in den rechten Oberschenkel erhalten hatte, bemerkte drei Jahre später, dafs sich an den Injektionsstellen harte Knoten und Stränge in der Haut bildeten, die zum Teil allmählich nach der Oberfläche emporwuchsen und sich blaurot verfärbten. An der Stelle einer viel später vorgenommenen Einspritzung entstand nach mehreren Monaten ebenfalls ein derber Strang in der Haut. Es handelte sich um unregelmäfsige, strang- oder plattenförmige, sehr harte Keloide, über denen die Oberhaut zumeist vollständig unverändert und verschieblich war; nur an vereinzelten Partien war sekundär eine Verwachsung der Tumoren mit der Oberhaut erfolgt, die dann ein glänzendes, sklerodermieähnliches Aussehen und einen teils gelbroten, teils bläulichroten Farbenton zeigte. Sensibilitätsstörungen bestanden nicht, insbesondere war keine Druckempfindlichkeit vorhanden. Die allerdings noch nicht abgeschlossene Behandlung, bestehend aus Fibrolysininjektionen und Röntgenbestrahlungen, hatte bis jetzt einen Rückgang der Tumoren nicht zur Folge.

Der Anschauung, dafs zwischen dem sogenannten spontanen und dem traumatischen Keloid klinisch und histologisch ein Unterschied zu machen sei, vermag Br. nicht beizupflichten. Wenn es schon spontane Keloide, d. h. Keloide unbekannten Ursprungs, gibt, so weisen sie doch weder klinisch noch histologisch Eigenschaften auf, die sich bei den traumatischen Keloiden nicht finden.

3. **Beitrag zur Frage „Tätowierung und Syphilis“**, von Florange-Cöln. Dohi-Tokio hat bei einem Manne, der tätowiert war und sich syphilitisch infiziert hatte, beobachtet, dafs fast ausschliefslich an den schwarz tätowierten Stellen Papeln auftraten, während die roten, mit Zinnober tätowierten frei blieben. Von zwei Fällen die Fl. zu beobachten Gelegenheit hatte, zeigte der eine ganz analoge, der andere die umgekehrten Erscheinungen: bei einem Syphilitiker mit universellem, klein-makulösen Exanthem blieben die rot tätowierten Stellen frei von Exanthem, während an den blau tätowierten zahlreiche Papeln entstanden; bei dem anderen, der ein spärliches, makulöses, mit Papeln untermischtes Exanthem hatte, blieben die blauen Partien frei, während an den roten, mit Zinnober tätowierten ein papulöses Exanthem sich zeigte.

4. **Über die Beeinflussung der Kobragift-Hämolyse durch Seren von Haut- und Geschlechtskranken**, von J. HAMBURGER-Breslau. Die von MUCH und HOLZMANN aufgestellte Behauptung, daſs Seren von Geisteskranken, insbesondere von Patienten mit Dementia praecox und manisch-depressivem Irrsinn Stoffe enthalten, welche die Kobragift-Hämolyse hemmen, hat eine Reihe von Autoren veranlaſst, die Reaktion bei verschiedenartigen Geisteskranken, wie auch bei Patienten mit anderen Affektionen und bei Gesunden zu studieren. H. hat an der NEISSERschen Klinik Untersuchungen darüber angestellt, inwieweit eine Hemmung der Kobragift-Hämolyse durch Seren von Haut- und Geschlechtskranken zu beobachten ist; er hat in einer Reihe von Fällen positive Reaktion im Sinne MUCHS gesehen, doch lieſsen diese Fälle keinerlei Gesetzmäſsigkeit erkennen. Die Probe hat also keine praktische Bedeutung für die Dermatologie. *Götz-München.*

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 98, Heft 2 u. 3. Oktober 1909.

1. **Über Mycosis fungoides,** mit Beschreibung eines eigenartigen Falles, kompliziert durch Atoxylamaurose, von F. HELLER-Frankfurt a. M. Mitteilung von fünf Fällen aus der HERXHEIMERschen Klinik, von denen zwei teilweise schon in früheren Publikationen erwähnt sind. Histologische Untersuchungen der übrigen drei Fälle. Besprechung der Therapie: Empfehlung der kombinierten Arsen-Röntgentherapie, einer Behandlungsweise, die in den meisten Fällen symptomatisch ausgezeichnet wirksam ist und von keiner anderen erreicht wird.

2. **Epithelioma adenoides cysticum (BROOKE)**, von K. J. SCHOPPER-Wien. Als Nebenbefund wurde bei einer wegen Lues ins Spital aufgenommenen 27jährigen Dienstmagd eine flache hellerstückgroſse Geschwulst an der Stirne entfernt, die seit der ersten Kindheit bestand, möglicherweise angeboren war, während ihres Bestandes keine sichtbare Veränderung einging, auch keine bedeutenderen subjektiven Beschwerden verursachte. Histologisch zeigte sich eine von der Oberflächenepidermis in die Cutis bis nahe an das subkutane Fettgewebe reichende Proliferation von Zellverbänden; die Elemente derselben zeigen den Typus der Epithelzellen und bilden ohne jede Zwischensubstanz, Zelle an Zelle liegend, solide Stränge, Zapfen und kugelförmige Anschwellungen der Stränge, in denen es zu cystenartigen Regressivbildungen kommt.

3. **Histologische Untersuchungen mit einigen von GOLODETZ und UNNA angegebenen Methoden,** von MORIZ BIACH-Wien. Nachuntersuchungen der von GOLODETZ und UNNA in *dieser Zeitschrift* 1908 mitgeteilten Versuche, die in ihren Resultaten eine weitgehende Übereinstimmung zeigen. Einzelheiten sind in der Arbeit selbst nachzulesen.

4. **Über die Dermatitis exfoliativa neonatorum (RITTER)**, von G. B. DALLA FAVERA-Parma. Ein gesundes, in gutem Ernährungszustande befindliches Kind wird in den ersten Lebenswochen von einer erythrodermieartigen Erkrankung befallen, die von der Umgebung der Mundspalte ausgehend nach und nach sich über den ganzen Körper ausbreitet und von einer groſsfetzigen Exfoliation begleitet ist. Daneben bestehen Magen- und Darmstörungen; Tod an Septikopyämie. Besprechung der Differentialdiagnose und Betrachtungen über die RITTERsche Krankheit, die als eine sowohl in klinischer wie in pathologisch-anatomischer Hinsicht selbständige Krankheit betrachtet wird, die nicht mit Pemphigus acutus neonatorum indentifiziert werden darf.

5. **Drei Fälle von Angiokeratoma MIBELLI**, von OSKAR SCHEUER-Wien. Kasuistik mit histologischen Untersuchungen und Literaturübersicht. „Wir glauben uns zu der Annahme berechtigt, die Entwicklung des Leidens damit zu erklären, daſs wir

eine angeborene Schwäche der Kapillaren annehmen, welche mit der Zeit zur Akroparese führt. Unter Einwirkung der Erfrierung verlieren die Kapillarwände noch mehr ihre Elastizität, wodurch es zur angiomatösen Erweiterung der Papillen kommt. Die Hyperkeratose halten wir für das Sekundäre: sie ist als reaktiver Schutz der Epidermis gegen die aus den kavernösen Gefäſsschlingen drohenden Blutungen anzusehen".

6. **Sarkomatosis Kaposi mit besonderer Berücksichtigung der visceralen Lokalisationen,** von Giuseppe Mariani-Pavia. Mitteilung dreier Fälle, von denen einer zur Sektion kam und im Darm eine ganze Reihe Knoten vom Bau der Hauttumoren aufwies. Übersicht über 62 aus der Literatur gesammelte Fälle zwecks Abgrenzung und genauer Definition des Krankheitsbildes.

7. **Was leistet die Seroreaktion für die Diagnose, Prognose und Therapie der Syphilis,** von Fr. Bering Kiel. 2718 Reaktionen, ausgeführt nach der Modifikation von Bauer und zu einem sehr groſsen Teile kontrolliert mittels des ursprünglichen Wassermannschen Verfahrens. Die Resultate, zu denen B. in der Universitätsklinik zu Kiel gekommen, sind ungefähr die gleichen wie die anderer Autoren. In elf Fällen mit positivem Spirochätenbefund und noch negativem Reaktionsausfall wurde der Primäraffekt excidiert und sofort energisch mit Kalomelinjektionen behandelt; dadurch ist es gelungen, die Kranken $^1/_2$—$^3/_4$ Jahr durch zwei energische Kuren bei negativer Reaktion zu halten, woran sich dann aus reiner Prophylaxe zwei leichtere Kuren mit Hg salic. schliefsen. Ein Urteil darüber, wieviel Kuren in solchen Fällen zu machen sind und ob die Reaktion dauernd negativ bleiben wird, ist vermieden.

8. **Ein Fall von Idiosynkrasie gegen Jodoform und Jodkalium,** von Klausner-Prag. Bericht über einen sehr interessanten Fall, bei dem geringe Mengen Jodoform (äuſserlich) und Jodkalium (innerlich) intensivste Hautveränderung auslösten. Dabei reagierte nicht nur die Haut des Patienten auf die äuſsere Applikation des Jodoform mit einer bläschenförmigen, nässenden Hauterkrankung, sondern es entstand auch eine typische Jodakne, offenbar durch Jod, das aus dem Jodoform zur Resorption gelangte.

9. **Zur Kasuistik der Dermatitis herpetiformis Duhring,** von S. L. Bogrow-Moskau. Bei einer Patientin mit Uteruscarcinom entwickelte sich, besonders an Vorderarmen und Unterschenkeln, eine herpetiforme Dermatitis, die nach operativer Entfernung des Carcinoms fast abrupt verschwand und auch bei den nachfolgenden Rezidiven der Geschwulst nicht wiederkehrte.

10. **Experimentelle Studien über Hauttuberkulose,** von Felix Lewandowsky-Hamburg. Die Versuche wurden an der Berner Klinik ausgeführt an 28 Meerschweinchen und 16 Kaninchen mit sechs TB.-Stämmen von Lupus, zwei von Skrofuloderm, vier von chirurgischen Fällen und einem Perlsuchtstamm, und führten bei Inokulation der Bazillen in Skarifikationswunden bei richtiger Versuchstechnik immer zu einer lokalen Hauttuberkulose, die beim Kaninchen neben Ulcera auch Herde ergab, die dem Lupus oder auch der Tuberculosis verrucosa ähnlich waren. Auch innere Organe wurden von der Haut aus infiziert und zwar fast immer die Lungen. Histologisch entwickelte sich die typische tuberkulöse Struktur erst nach 14 Tagen, wenn die Bazillen spärlich geworden sind. Hervorzuheben ist ferner, dass wiederholte Impfungen weniger stark angingen, als die Erstimpfungen.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Centralblatt.

Band XIII, Heft 1 und 2.

Über das Leukoderma syphiliticum, von Heinrich Kanitz-Klausenburg. K. hat das Material der Klinik Marschalkò aus den letzten zehn Jahren bearbeitet und

566 Fälle von Leukoderma, die bei 3940 syphilitischen Patienten zur Beobachtung gekommen sind, seiner Arbeit zugrunde gelegt. Er glaubt nicht, dafs zwischen der Entstehung der Leukoderma und der Insolation ein ursächlicher Zusammenhang besteht, da einerseits die gröfsere Häufigkeit des Leukoderma bei Weibern weniger im Unterschiede der Kleidung zu suchen ist als in der gröfseren Labilität des Pigmentes der weiblichen Haut; und andererseits das Leukoderma sowohl auf Hautstellen wie bei Personen (Prostituierten) vorkommt, die vom Sonnenlicht nie oder wenig getroffen werden. Allerdings sind die Lokalisationsstellen und die Form der Leukodermaflekeu so typisch, das eine Abtrennung von anderen Pigmentanomalien stets möglich erscheint und darum das Leukoderma ein wichtiges diagnostisches Symptom latenter Lues ist und bleibt. Ein Schlufs auf das Alter der Erkrankung läfst sich nicht mit Sicherheit daraus ziehen, wenngleich die Affektion in weitaus den meisten Fällen innerhalb der ersten sechs Monate zur Beobachtung kommt. Was die Entstehung anlangt, so gibt es fraglos zwei Arten von Leukoderma, und zwar entwickelt sich die eine Form in direktem Anschlusse an ein syphilitisches Exanthem, während die andere eine primär entstehende Depigmentierung darstellt. *W. Lehmann-Stettin.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

November 1909.

Die Ätiologie der Psoriasis, von S. Pollitzer-New York. P. gibt eine allgemeine Übersicht und historischen Rückblick über die verschiedenen Lehren, welche bezüglich der Ursache der Psoriasis aufgestellt worden sind, und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Rheumatismus, Gicht, Neurosen und Heredität sind zwar keine direkten ätiologischen Faktoren bei der Entstehung der Psoriasis, aber es kann nach dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens nicht geleugnet werden, dafs sie den Organismus mehr oder weniger empfänglich für diese spezielle Infektion machen; 2. Psoriasis gehört zu einer Gruppe von Parakeratosen, wozu Seborrhoea capitis und zum Teil auch Ekzema seborrhoicum zu rechnen sind; 3. sie ist höchstwahrscheinlich auf eine äufsere infektiöse Einwirkung bakterieller Natur zurückzuführen.

Die Frage der parasitären Natur der Psoriasis, von Jay Frank Schamberg-Philadelphia. Sch. beschreibt nach einer Übersicht über die Versuche, welche zur Lösung dieser Frage von anderen Autoren angestellt wurden, seine eigenen, an 23 Psoriasiskranken unternommenen Experimente, welche darin bestanden, auf eine krankheitsfreie Stelle (nach vorheriger Desinfektion und oberflächlicher Abschabung) eine Art Autoinokulation aus einfach abgehobenen Schuppen in Lymphe und Blut derselben Patienten vorzunehmen. Ein positiver Impferfolg wurde nur bei dreien von den 23 Patienten erzielt, und zwar zeigten diese drei Patienten mehr aktive Evolution des Ausschlags als die übrigen, bei welchen derselbe umschrieben und stationär und nur wenige neue Eruptionen vorhanden waren. Es scheint also in letzteren Fällen und bei beginnender Involution unmöglich, auf künstlichem Wege neue Veränderungen hervorzurufen, während dies bei ausgesprochener Entwicklung der Krankheit sehr wohl gelingt. Der Ausfall dieser Versuche spricht für Schamberg gegen die Theorie Koebners, welcher als einer der ersten unter den Dermatologen die Bildung psoriatischer Effloreszenzen an Stellen verschiedenartiger Hautverletzungen hervorhob; denn dies dürfte blofs im Entwicklungsstadium der Krankheit der Fall sein. Wenn auch die Art und Konfiguration der Psoriasisherde, gelegentliche Beispiele von offenbarer Übertragung der Krankheit und die positiven Impfergebnisse von Destot die parasitäre Natur der Psoriasis nicht völlig negieren lassen, so stehen dem das allgemeine Verhalten der Affektion, das viel häufigere Fehlen von Ansteckung und schliefslich

das fast regelmäſsige Miſslingen der Überimpfungen gegenüber, so daſs SCHAMBERG sich bei dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens weder in positivem noch negativem Sinne diese Frage beantworten möchte.

In der umfangreichen Diskussion, die sich an diese beiden Vorträge (auf der 33. Jahresversammlung amerikanischer Dermatologen, Philadelphia, 3. bis 5. Juni 1909) anschloſs, hob JAMES C. WHITE den familiären, hereditären Charakter der Psoriasis hervor, LOUIS A. DUHRING erklärte, die parasitäre Natur derselben sei in keiner Weise bewiesen. Mit anderen Autoren fand er bezüglich der Behandlung Klimawechsel (Seereisen) von vorzüglichem Einfluſs.

L. DUNCAN BULKLEY hob die Wichtigkeit der Diät hervor — Verbot von Fleisch und Kaffee —, da die durch reichliche Fleischkost bewirkten Stoffwechselvorgänge zweifellos einen günstigen Boden für die Entwicklung der Psoriasis abgeben. Autoinokulationen kommen zweifellos vor und B. könnte manche Beispiele aufführen, wo Psoriasisefflorescenzen auf Verletzungen (Kratzwunden) entstanden sind, aber immerhin hält er Stoffwechselstörungen ätiologisch für die Hauptsache und sorgfältige Untersuchungen (auf Indikan) der 26stündigen Urinmenge für sehr wichtig.

E. B. BRONSON hält es für zweifellos, daſs die Psoriasis parasitären Ursprungs ist, und zwar handle es sich um einen wahrscheinlich ubiquitären Parasiten, wozu aber noch eine gewisse Prädisposition (Empfänglichkeit) der Haut kommen müsse.

HENRY W. STELWAGON stimmt mit BSONSON völlig überein, glaubt aber, gerade diese Empfänglichkeit sei auf Stoffwechselstörungen (allgemein konstitutionelle Affektion) zurückzuführen.

MONTGOMERY ist Skeptiker bezüglich der parasitären Natur von Psoriasis oder Ekzema und fand auch bei Urticaria und Lichen planus das Auftreten von Efflorescenzen nach Kratzwunden usw. Gewisse diätetische Vorschriften hält er, wie wohl die meisten Dermatologen, für wichtig bei der Behandlung der Psoriasis.

SAMUEL SHERWELL hat in 40jähriger Praxis viele Fälle von Psoriasis gesehen, aber nur einen einzigen, der mit Tuberkulose verbunden war; das spräche für einen allgemein guten Gesundheitszustand der Psoriasispatienten. Bezüglich der Behandlung sah auch er guten Erfolg von Klimawechsel und Seereisen. Im übrigen glaubt er über das Wesen der Psoriasis seien wir heute noch ebenso in Unkenntnis, wie vor 50 Jahren.

MILTON B. HARTZELL erklärt, die Diät habe gar keinen Einfluſs auf die Psoriasis und deren Entwicklung; der hereditäre Charakter derselben sei aber nach seinen Beobachtungen nicht zu bezweifeln, wenn es sich auch nur um Vererbung einer gewissen Prädisposition handle, ebenso wie für ihn die parasitäre Ätiologie feststehe.

SIGMUND POLLITZER ist erfreut über die beinahe einmütige Auffassung von der parasitären Natur der Psoriasis und daſs sie nicht länger mehr auf Gicht, Rheumatismus oder gestörten Stoffwechsel zurückgeführt wird. Von der hereditären Übertragung des Leidens ist er auch überzeugt.

Im Schluſsworte drückt SCHAMBERG die Hoffnung aus, daſs es bald gelingen wird, den Psoriasiserreger zu finden, und damit alle unsere theoretischen Einwände gegen den infektiösen Ursprung des Leidens verschwinden werden.

Idiopathisches multiples hämorrhagisches Sarkom (KAPOSI): Trauma ein ätiologischer Faktor (?), von DAVID LIEBERTHAL-Chicago. Der hier beschriebene Fall ist der vierte vom Verfasser beobachtete und betraf einen 44jährigen Russen, Vater sieben gesunder Kinder. Im Anschluſs an eine Verletzung am linken Fuſsgelenk trat Eiterung auf, welche Inzision nötig machte, und ein Jahr später an derselben Stelle Schwellung und kleine Knoten, welche allmählich nach aufwärts über den ganzen Unterschenkel bis zum Knie sich ausbreiteten; späterhin wurden auch rechter

Fuſs und Bein der Sitz von Knoten. Jucken war niemals vorhanden, jedoch Schmerzen am Fuſse nach dem Aufstehen Morgens und bei langem Stehen. Die Behandlung des Patienten bestand in hypodermatischer Injektion von Arsenik, welche fünf Monate lang fortgesetzt wurde, jedoch ohne Erfolg. Die beiden Beine nahmen an Schwellung zu, ohne daſs aber die Affektion über die Knie hinaus sich ausbreitete. Nicht nur das klinische, sondern auch das histologische Bild bot den charakteristischen Typus von KAPOSIS idiopathischem Sarkom, wovon in der amerikanischen Literatur nicht mehr als etwa 10 Fälle berichtet sind (in der übrigen etwas mehr als 100 Fälle). Das Leiden scheint eher eine Krankheit der niederen Stände zu sein, die mehr gewöhnlichen Verletzungen und den Unbilden der Witterung ausgesetzt sind. Wie weit es direkt von Verletzung abhängt, möchte L. mit Sicherheit noch nicht entscheiden. Mit drei Abbildungen. *Stern-München.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1909. Heft 11.

Über die Trichophytie der Kopfhaut in Rumänien, von S. NICOLAU. NICOLAU hat in drei Jahren in Bukarest und seiner Umgebung 45 Fälle von Trichophytie der Kopfhaut beobachtet, davon 30 Knaben und 15 Mädchen im Alter von vier bis zwölf Jahren. Nach Abschluſs seiner Arbeit kam ihm auch ein junger Mensch von 19 Jahren mit Trichophytie der Kopfhaut zu Gesicht sowie eine Trichophytiasis sicca des Bartes bei einem 34jährigen Mann. In allen seinen Fällen handelte es sich um das Trichophyton violaceum, das sich ihm bei seinen Untersuchungen durchweg als Trichophyton endothrix erwies. N. gibt eine sehr ins Einzelne gehende Darstellung seiner klinischen, mikroskopischen und bakteriologischen Befunde, die in allen wesentlichen Punkten mit den schon bekannten Ergebnissen anderer Forscher übereinstimmen. — Interessant ist, daſs N. in keinem seiner Fälle den tierischen Ursprung der Krankheit nachweisen konnte, und daſs es ihm nicht gelungen ist, den Parasiten auf Kaninchen oder Meerschweinchen zu übertragen. — Wer sich eingehender über das Trichophyton, seine Wachstumsbedingungen auf den verschiedenen Nährböden, die mikroskopischen Veränderungen, die er im Haar und in dessen näherer Umgebung setzt, unterrichten will, findet in dieser fleiſsigen Zusammenstellung eine Menge anregender Einzelheiten.

Einige Betrachtungen über die Wirkungen des Schwefels in der Dermatologie, von PIERRE BRISSON, Pharmakologe. Der Schwefel wird in der Medizin in dreifacher Form verwandt, als Flores sulfuris, als Sulfur praecipitatum und als Sulfur colloidale. In den letztgenannten beiden Formen ist er wirksamer, weil er hier in ganz feiner Verteilung auftritt.

In einer wässrigen Kochsalzlösung verwandelt sich ein Teil des Schwefels in Schwefelsäure. Diese Reaktion wird durch Anwesenheit einer Reihe chemischer Körper beschleunigt, durch Anwesenheit anderer chemischer Stoffe verlangsamt. Hydrargyrum bichloratum, Zinkoxyd, Bismut, Jod, Salicylsäure wirken in beschleunigendem Sinne; Zucker, Honig, Senna, Camphor, Karbolsäure, Naphtol, Tannin, Ol. Cadinum u. a. verlangsamen die Oxydation des Schwefels. Die nämliche Reaktion wird auch bei Schwefelverbindungen beobachtet. Auch das Keratin der Haut enthält Schwefel. Wird nun bei einer Dermatose viel kochsalzhaltiges Serum durch die Haut ausgeschieden, so wird bei Anwesenheit keratolytischer Stoffe das Keratin zerstört; bei mangelhafter seröser Durchtränkung der Haut kommt es dagegen zur Keratinisation.

BR. bezeichnet demnach alle diejenigen Stoffe, die die Einwirkung des Nacl auf den Schwefel herabsetzen, als keratoplastische, Stoffe mit entgegengesetzter Wirkung als keratolytische.

Verfasser geht dann weiter zur Untersuchung der Frage über, ob das Keratin zur Aufstapelung oder zur Ausscheidung des Schwefels dient; er schreibt ihm beide Aufgaben zu. Der Schwefel nimmt einen regen Anteil am Stoffwechsel; je mehr Kochsalz und Harnsäure bei fieberhaften Krankheiten im Harn ausgeschieden werden, desto mehr Schwefel enthält auch der Harn. Der Schwefel hat die Aufgabe, die Toxine zu binden und sie aus dem Körper zu entfernen. Zum Schlusse kommt Br. auf die Beziehungen des Kalks zum Schwefel im Organismus zu sprechen und faſst seine Ansicht dahin zusammen, daſs das Calcium einen regulierenden Einfluſs auf den Schwefel ausübt und daſs es das Eiweiſs gegen die zersetzende Wirkung des Nacl schützt.

Erwiderung auf die Bemerkung Sabourauds zu meiner Arbeit: „Über den gegenwärtigen Stand der Trichophytie in Parma“, von G.-B. Dalla-Favera. Enthält einige Richtigstellungen.

Die Syphilis der Präsidentin v. M. Eine ärztliche Beratung zur Zeit Ludwigs XV., von J. Audry. A. veröffentlicht, mit dem nötigen Kommentar, die Gutachten zweier Ärzte über den Gesundheitszustand einer etwa 21jährigen, jung verheirateten Dame aus der Gesellschaft. Beide Ärzte, Chicoyneau und Pestalozi, waren zu ihrer Zeit sehr angesehen, Ch. Leibarzt von Louis XV.

Aus den beiden von Chicoyneau vorliegenden Gutachten geht hervor, daſs er die Patientin niemals zu Gesicht bekommen hatte, sondern sie immer nur brieflich behandelte. Wie viele Ehrengerichte würden sich wohl mit ihm beschäftigen, wenn er das heute wagte! Aus dem Krankenbericht diagnostizierte er Syphilis. Der Mann hatte sechs Monate vor der Ehe einen Tripper, die Frau erkrankte mit heftigen Schmerzen im Unterleib, allmählich nachlassendem Weiſsfluſs, Schmerzen im Schlund und allgemeiner Abmagerung. Diese Diagnose begründet er unter anderem damit, daſs der Ausfluſs, die „perte blanche“, anfangs nur gering war und sich erst später grün färbte; das vom Manne übertragene Gift entleerte sich also nicht nach auſsen, sondern ging in die Gefäſse über und vergiftete den Organismus. — Als Therapie werden vorsichtige Hg-Einreibungen empfohlen, denen eine Vorbereitungskur von einem Monat voranzugehen hat: Aderlaſs, Abführmittel, Bäder, Tee, Medikamente.

Ob der andere Kollege, Pestalozi, die Dame gesehen und untersucht hat, ist fraglich; aus seinem Bericht geht es nicht hervor. Er verwirft die Diagnose Syphilis — und auch die Diagnose Pneumonie, die von irgendwem aufgestellt worden war — und führt das Leiden auf die vielen Vergnügungen der Madame de M. zurück: Das Blut ist zu hitzig und zu salzig („acre et salé“), mit Gärstoffen überladen und entbehrt des milden, öligen und balsamischen Prinzips. Er erblickt die Hauptaufgabe des Arztes darin, die Masse des Bluts geschmeidig zu machen (adoucir) und sein Gewebe gründlich zu ändern. Das will er mit Diät und einigen Medikamenten erreichen, und entwickelt seinen Heilplan nun auf nahezu zwei Druckseiten. Da werden eine ganze Menge Dinge verboten, erlaubt eigentlich nur Fleischbrühe und helles Fleisch. Als Heilmittel soll von Mitte April bis Ende Mai Eselsmilch genommen werden; wenn das aber der Patientin nicht bekömmlich ist, so soll sie viermal täglich von einer gesunden Amme angelegt werden. Pestalozi hat dem Comte de Ch., der bis zum Skelet abgemagert war, die Brust geben lassen, und er hat sich dabei wunderbar erholt. — Ammen müssen damals wohl noch höher im Wert gestanden haben als jetzt.

Türkheim-Hamburg.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1909. Heft 8.

Bericht über die zweite internationale Leprakonferenz in Bergen vom 16. bis 19. August 1909. Der Bericht ist den Lesern dieser Zeitschrift bekannt.

Einige klinische Fälle aus dem Garnisonlazarett Marseille, von L. Batut. 1. Eine Lymphangitis an der Raphe des Penis im Anschlufs an eine Blennorrhoe. Im Verfolg dieser Lymphangitis kam es mehrfach zu kleinen Abscefsbildungen; der Eiter war stark gonokokkenhaltig. Heilung innerhalb einiger Wochen ohne Komplikationen.

2. Glossitis ulcerosa, Arthritis specifica genus, Rupia bei einem Soldaten, der seine Syphilis nicht hatte behandeln lassen und starker Raucher war. Bei seiner Aufnahme hatte der sehr heruntergekommene Patient Plaques im Halse und Rupia an den Unterextremitäten; die Kniegelenkentzündung kam im Lazarett hinzu. Unter geeigneter Behandlung vollkommene Heilung, so dafs Patient wieder Dienst tun kann. Bei den Hg-Einspritzungen war in der rechten Gesäfshälfte eine Vene angestochen worden, so dafs es hier zu einem grofsen Hämatom kam.

3. Alte Syphilis, Rupia generalisata, Orchi-Epididymitis sclerosa duplex. Bemerkenswert war in diesem Falle besonders der Zustand der Hoden. Der linke Hoden fühlt sich hart an, der Kopf des Nebenhodens hat Haselnufsgröfse, der Schwanz ist daumendick; am rechten Hoden sind die Erscheinungen weniger scharf ausgeprägt. Beide Organe sind schmerzlos. Verfasser hält die Veränderungen für syphilitischer Natur, obschon sie bei einer Hg-Behandlung nicht zurückgingen.

4. Zwei Fälle von Buboneneiterung post blennorrhoeam.

5. Phagadämisches Syphilom von Eichel und Vorhaut. Der 38jährige Patient ist ein alter Syphilitiker; hat seit acht Jahren eine Perforation des harten Gaumens, die ihn aber weiter gar nicht belästigt. Sein jetziges Syphilom ist ohne Neuansteckung, auch ohne sonstige nachweisbare Ursache entstanden, heilte bei Hg innerlich und Ausbrennung glatt aus.

6. Blennorrhoe, nufsgrofse Folliculitis an der unteren Fläche des Penis, dicht vor dem Scrotum. Die Folliculitis steht offenbar mit der Urethra im Zusammenhang. Bei einem früheren Tripper war die gleiche Komplikation aufgetreten; damals kam es zur Abscefsbildung und zur Eröffnung. Diesmal wird der harte Knoten aufgeschnitten, ausgekratzt und ausgebrannt. Heilung. — Anscheinend ist dem Verfasser hier eine Ungenauigkeit begegnet. Während die Überschrift lautet: „Folliculite volumineuse préscrotale à gonocoques“, heifst es im Text: „Le gonocoque n'a pas été retrouvé dans la masse centrale ramollie, malgré l'orgine urétrale manifeste de cette néoformation.“

7. Paraphimosis; phagadämische Verschwärung der Eichel; Nekrose der Urethra. Patient hatte sich beim Coitus das Ligamentum Praeputii aufgerissen, und da die kleine Wunde etwas eiterte, die Vorhaut abgezogen. Die Folgen waren die eben genannten. Ein grofser Teil der Eichel wurde zerstört und ein 2 cm langes Stück der Urethra fiel der Nekrose zum Opfer. Dann kam der Prozefs zum Stillstand und bei Niederschrift der Beobachtung schien eine Restitutio ad integrum nicht ausgeschlossen. — Im Eiter fanden sich nur Streptococcus und Staphylococcus aureus.

8. Haselnufsgrofser Varix auf der rechten Seite der Eichel. Anlage seit der Jugend vorhanden, Wachstum innerhalb der letzten drei Jahre. Zerstörung mittels Thermokauters. Heilung. *Türkheim-Hamburg.*

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

1908. Heft 2.

Lepra, von R. Campana. Unter diesem Titel publiziert Campana in der vorliegenden, den Mitgliedern der Leprakonferenz in Bergen gewidmeten Nummer seiner Zeitschrift eine Anzahl von Arbeiten, die er teils selbst, teils in Verbindung mit Schülern ausführte.

Der Leprabacillus einigen Fermenten gegenüber, von R. Campana und Carbone. Wurden lepröse Gewebsstückchen mit Merkscher 1‰iger Pepsinlösung 12—24 Stunden im Brutschrank bei 37,5° digeriert, so konstatierte man, dafs die Leukocytoidzellen und Detrite und Blutreste zum grofsen Teil verschwunden sind. Nur kollagene Substanzen erscheinen noch als Faserreste, unverdaut. Von den Bazillen hat keiner seine Länge bewahrt. Sie sind zum Teil zum Zerfall gebracht, zum Teil verdaut worden. Mit 1‰iger Pankreatinlösung behandelte Stücke zeigten die Reste von Eiweifsstoffen und konservierte tierische morphologische Elemente (Blut usw.), stark zerfallene und zum grofsen Teil in kleine granulöse Reste verwandelte aber nicht zu Reihen angeordnete Bazillen.

Wie sich der Leprabacillus beim Austreten aus einer Verletzung verteilt, indem er sich mit normalen oder pathologischen Flüssigkeiten des menschlichen Organismus vermischt oder nicht vermischt, von Campana und Brusotti. Der Zweck der Untersuchung war eine möglichst genaue Erforschung des Verhaltens des Leprabacillus gegenüber den pathogenen oder nicht pathogenen Flüssigkeiten der Gewebe im Umkreise jener, in denen er lebte und fortkam. Unter einer Unmenge von histologischen Trümmern, Epithelzellen, Blutkörperchen, Leukocyten fanden sich die Leprabazillen wohlerhalten, aber nie vereinzelt, sondern immer in Bündeln von 50—70 dicht übereinandergelagert, und fast immer sieht es aus, als lägen sie nur auf dem Element auf, mit dem sie vereinigt sind, ohne irgendwie in dasselbe eingedrungen zu sein. Ist das Material, das die Bazillen enthält, nicht Blut oder Eiter, dem sie sich beigemengt haben, sondern Blutplasma von einem Teil eines Tieres, in welchem Leprastücke eingeimpft worden sind, dann erscheinen die Bazillen zum grofsen Teil in Zerfall.

Welches ist der histo-bakteriologische Zustand eines Lepraknotens nach Einspritzung von Kochs altem Tuberkulin in denselben? von Campana und Leopardi. Die morphologisch solid aussehende, abgetragene Papel bestand aus fast voneinander losgelösten Teilen, die arm an Elementen waren, dagegen reicher an flüssigen Teilen und Detriten, unter denen Bazillen und Bazillentrümmer deutlich hervortraten.

Auflegen von lebendem Fleisch auf verletzte Lepraknoten, von Campana und Fera. Haut und Muskelgewebe eines Frosches wurden auf verletzte ulcerierte oder auf einfach verletzte Lepraknoten aufgelegt. Es fand sich, dafs die Leprabazillen hier in geringerer Zahl vorhanden waren als im Exsudat einer anderen ähnlichen Kontinuitätstrennung; ferner waren sie sehr dünn und hatten eine körnige Beschaffenheit, sie hatten also ihre Vitalität eingebüfst.

Die Leprabazillen sind dem Bindegewebe des Frosches gegenüber nicht sehr widerstandsfähig, von Campana und Manconi. In eine weite Kontinuitätstrennung eines lebenden Frosches wurde ein Stück leprösen Materials gelegt. Ein anderer Frosch mit ebensolcher künstlicher Verwundung wurde auf eine lepröse Kontinuitätstrennung gelegt. Die Leprabazillen fanden sich zum Teil zerstückelt und hatten oft nur noch das Aussehen von dünnen Streptobazillen. Nur in einigen Präparaten konnten Reste von Leprazellen nachgewiesen werden. Das Plasma des Froschgewebes scheint eine direkt auflösende Wirkung auf die Leprabazillenleiber auszuüben.

Wie sich der Leprabacillus verhält, wenn man ihn in einem Mörser zerreibt, von Campana und Lentini. Es finden sich dann überhaupt keine gefärbten Bazillen mehr. Höchstens werden noch einige wenige, mit Fuchsin rotgefärbte Punkte gesehen, welche Bazillenfragmente darstellen, aber in keinem Verhältnis zu der vorher vorhandenen Bazillenmasse stehen. Die Ursache kann nur in der rein mechanischen Wirkung der Zerreibung liegen.

Obliterierende Endarteritis im leprösen Prozeſs, von Campana. Endarteritis ist im leprösen Prozeſs entweder eine direkte Wirkung der Bazillen und der Zahl der Bazillen proportional oder sie ist ein indirekter Effekt lange dauernder septischer und putrider Prozesse.

Die Leichenverbrennung sollte bei Leprösen allgemein eingeführt werden, von Campana. Campana fand, daſs sich in einer mit Erde überschichteten Agarkultur im Reagensglase die Leprabazillen über die Agarschicht hinaus in die Erde ausdehnten. Er glaubt deshalb, daſs der im menschlichen Gewebe sehr resistente Bacillus leicht vom Kadaver aus in die umgebende Erde gelangen könne und so eine Weiterverbreitung möglich sei. Deshalb fordert er die Verbrennung lepröser Leichname.

Lepra mixta, vorwiegend tuberosa, von Rosica, Nicoletti, Calicchio. Mitteilung einer Krankengeschichte.

Kultur des Leprabacillus auf flüssigen Nährböden, von Campana. Bisher war es Campana nur gelungen, Leprabazillen auf festen Nährböden zu züchten. Er glaubte, daſs der Hauptgrund dieses Miſserfolges in der mechanischen Erschütterung läge, denen flüssige Nährböden ausgesetzt sind. Er konstruierte sich deshalb Röhrchen, in denen es möglich war, einen festen Agarnährboden über einer flüssigen Bouillon zu schichten, und impfte dieselben mit leprösem Material. Es gelang ihm so eine Kultur zu erzielen, in welcher die Bazillen pallisadenförmig aneinandergereiht aus dem festen Nährboden in die flüssige Bouillon hinunterwuchsen. Die so kultivierten Bazillen behielten die Ziehlsche Färbung selbst einer langen Alkoholeinwirkung gegenüber bei.

1909. Heft 3.

Syphiloderma condylomatosum infolge von hereditärer Lues bei einem einjährigen Kinde. Syphiloma ulcerosum an der Mamilla der Mutter seit einem Monat oder wenig mehr, von R. Campana. Die Mutter war Erstgebärende, hatte gesunde Eltern und gab an, einen gesunden Mann zu haben. Ihr Kind wurde gesund geboren, erst nach zwei Monaten stellte sich ein papulöser Ausschlag auf der Körperhaut und den Lippen ein. Eines Tages wurde die Mutter vom Kinde in die Mamilla gebissen und es entwickelte sich kurze Zeit später eine typische ulcerierte Sklerose mit mächtiger Schwellung der Achseldrüsen der entsprechenden Seite. Dieser Fall verstöſst gegen das Collessche Gesetz und bringt die Frage wieder in Diskussion, ob die eigene Mutter, welche keine luetischen Symptome hat, ihrem hereditärluetischen Kinde die Brust reichen darf.

Vergleich der Tuberkulinwirkung bei Lupösen und Leprösen, von R. Campana. Nicolle hatte mit subcutanen Injektionen von Tuberkulin bei Leprösen keine allgemeine Reaktion bekommen, wohl aber eine lokale Reaktion mit lokaler Tuberkulininokulation. Nimmt man aber zur Inokulation kein Tuberkulin, sondern ein Material lepröser Herkunft, so bleibt die Reaktion aus. Auch Campana gelang es nicht, mit seinen Kulturen irgendeine Form von Reaktion hervorzurufen. Er faſst den Leprabacillus nur als Fremdkörper auf, der keine spezifische Eigenschaft besitzt, welche spezifische Reaktionen hervorruft. Er sondert keine reizenden Stoffe ab, welche im Organismus die spezifischen Reaktionserscheinungen mit schützenden Antikörpern hervorbringen können.

Die geringe Reaktion, welche bei Leprösen mit Tuberkulin erzeugt werden kann, ist nicht spezifisch und nur durch die konkomitierenden septischen und putriden Prozesse bei der Lepra bedingt.

Schwere arteriosklerotische Zerstörungen am männlichen Gliede, von R. Terzaghi. Aus der Krankengeschichte des 64jährigen Mannes (Schreiners) entnehmen wir, daſs er mit 18 Jahren eine wenige Tage dauernde Ulceration an der Glans, einige Jahre später eine schwere Erkrankung mit Ödemen an den Extremitäten und den Genitalien gehabt hatte. Mit 40 Jahren heiratete er. Seine Frau bekam zwei gesunde Kinder und hatte einen Abort. Um dieselbe Zeit litt er an einer pustulösen Hauteruption, deren Narben noch an den Beinen, Glutäen und den Seiten des Rumpfes sichtbar sind. Die jetzige Erkrankung begann vor zwölf Tagen mit Fieber und Schwellung der Haut des Penis und der Testikel. Der Mann ist schlecht genährt, anämisch. Seine oberflächlichen Arterien sind hart. Die Haut des Penis ist zum groſsen Teil zerstört. Die Substanzverluste sind scharf umgrenzt mit steilen Rändern, der Grund mit weiſslichem Detritus besetzt. Diese Läsionen haben das ganze äuſsere Blatt des Präputiums zerstört. An der Peniswurzel sind ebenfalls ausgedehnte Ulcerationen von ovalärer Form, die sich nach unten längs der Raphe fortsetzen. Die Skrotalhaut zeigt noch andere gerötete und geschwollene Stellen. Auſserdem findet sich eine Infiltration des Skrotalseptums und des Bindegewebes um den rechten Testikel. Die Lymphdrüsen sowohl der Inguinalgegend als der Cervicalgegend, desgleichen die epitrochlearen sind geschwollen.

Das Herz zeigt einen akzentuierten zweiten Aortenton.

Die Heilung erfolgte leicht, das Präputium heilte nach Circumcision.

Mikroskopisch fand sich hauptsächlich eine Veränderung der Gefäſse. Man sieht einfache Verdickungen der ganzen Gefäſswand mit kleinzelliger Infiltration nur der Adventitia, ferner Verdickung der Media mit Leukocyten- und Detritusansammlungen und mit derartiger Schwellung der Intima, daſs durch zottenförmige Fortsätze das Gefäſslumen vollständig versperrt wird. Auch die Venen zeigen verdickte Wandungen.

In nach Giemsa gefärbten Präparaten fand sich eine dicke Spirochaeta refringens, keine pallida.

T. publiziert den Fall als neuen Beitrag (bereits Campana beschrieb 1908 einen derartigen Fall) zur Annahme einer syphilohämischen Spätform mit sklerotisierendem und nekrotisierendem Effekt, besonders da auch von anderer Seite (Baerthleim, Chiari) die Arteriosklerose mit luetischer Ätiologie in Verbindung gebracht wurde.

Experimentelle Untersuchung in einem Falle von Dermatitis desquamativa (toxische Eigenschaft der epithelialen Krankheitsprodukte), von B. Sabella. Von einem Fall von Dermatitis desquamativa maligna (Typus Pemphigus foliaceus) wurden eine Partie Krusten im Mörser zerstoſsen und teils mit physiologischer Kochsalzlösung, teils mit Alkohol, teils mit Glycerin infundiert. Zu den Versuchen wurde gewöhnlich die erstere Form verwandt. Wenige Tropfen dieses Infuses in den Konjunktivalsack eines Kaninchens verbracht, rief sehr schnell Pupillenverengerung und Injektion der Conjunctiva hervor. Subcutane Injektion bei Meerschweinchen brachte sofort nervöse Depression hervor, welche aber bald wieder verschwand. Bei öfterer Wiederholung kommt eine langsame allgemeine Ausschwächung des Tieres mit Gewichtsverminderung und Haarausfall zustande. Intravenöse Injektionen bringen beim Kaninchen allgemeine Parese, Ataxie, kurze Muskelzuckungen, Myosis, Blässe der Ohren und Konjunktiven, Urinabgang, frequentes Atmen und Sinken der Temperatur hervor. Bei Wiederholung dieser Injektionen beim selben Kaninchen werden diese Erscheinungen immer mehr abgeschwächt, bis sie ganz verschwinden. Subcutane Injektionen ins Ohr des Kaninchens machen circumskripte Nekrosen und Epidermis-

desquamation, die noch nach der Injektion anhält, ferner Haarausfall. Kontrollinjektionen mit Epidermisschuppen von nicht mit Dermatitis desquamativa maligna Befallenen fielen negativ aus. Durch Einträufelung des Infuses auf ein Froschherz wird die Systole verflacht und verlangsamt, durch Einträufelung auf das Froschmesenterium erhält man zuerst Beschleunigung, dann Verlangsamung des Blutstroms, zuletzt Stase durch Bildung von Blutkörperchenanhäufungen und neuroparalytische Dilatation der Gefäfse, ferner Verlangsamung der Diapedese. Durch Einbringen desselben in den dorsalen Lymphsack werden die gleichen Erscheinungen an den Gefäfsen, ferner Muskelzuckungen und Somnolenz des Tieres erzeugt.

Es geht aus diesen Experimenten hervor, dafs bei Dermatitis desquamativa maligna durch die Haut Substanzen ausgeschieden werden, welche einen toxischen Einflufs auf das Nervensystem und speziell auf das Gefäfsnervensystem ausüben.

Die Modifikationen, welche die Hautschichten, insbesondere die Tunica dartos, durch teratologische und syphilitische Veränderungen erleiden, von G. Garibaldi. Der Autor untersuchte die Tunica dartos an zwei phimotischen Vorhäuten, die durch Circumcision entfernt worden waren. Die eine stammte von einem Manne mit akneiformem Syphilid, das bis auf die Vorhaut ausgedehnt war, die andere von einem Manne ohne Lues. Im ersten Falle fand er nur eine unregelmäfsige Anordnung der Muskelfasern. Doch war das luetische Infiltrat kaum in die Peripherie der Tunica dartos eingedrungen. Im zweiten Falle war eine absolut regelmäfsige Anordnung der Muskelfasern vorhanden. Das Scrotum, das zum Vergleiche untersucht wurde, zeigte ebenfalls kaum Zeichen eines syphilitischen Prozesses. Es finden sich syphilitische Veränderungen der Muskelfasern nur, wenn der syphilitische Prozefs der Umgebung so intensiv ist, dafs er in die Fasern hineinwächst.

Gunsett-Strafsburg.

Actas dermo-sifiligráficas.

1. Jahrg. 1909. Nr. 2.

Sitzungsbericht der spanischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilographie.

Sitzung vom 1. Juli 1909.

Furunkelähnlicher syphilitischer Schanker der Schamgegend oder Inokulation eines syphilitischen Schankers auf einen Furunkel, von E. de Oyarzábal. Ein 28jähriger Mann hat mitten in der Regio pubica ein furunkelähnliches, krateriformes Geschwür, das zuerst drei Wochen mit Bierschen Schröpfköpfen behandelt wird. Danach bildet es sich zu einem elevierten, grofsen, typischen Ulcus durum um, dem bald (sechs Wochen nach Beginn der Erkrankung) Roseola folgt. Der Autor glaubt, dafs es sich um einen furunkuloiden Schanker handelt.

Vaccine auf den Handrücken, von E. de Oyarzábal. Acht bis zehn Tage nach der Impfung am Arm traten bei einem 20 Monate alten Kinde eine Anzahl Vaccinepusteln auf den Handrücken auf.

Zwei Fälle des Guillain-Thaonschen Symptomenkomplexes, von Alvarez Sáinz de Aja. Der Autor teilt zwei Fälle der nach Guillain-Thaon benannten Übergangsform zwischen Myelitis, Tabes und progressiver Paralyse mit, der sog. Syphilosis cerebrospinalis diffusa. 1. Ein 50jähriger Mann ist seit 1901 luetisch, hatte damals leichte sekundäre Symptome, dann nichts mehr weiter. 1907 bekam er die jetzigen Krankheitserscheinungen: Geistige Verwirrung, Amnesie, Tremor, träge Pupillarreflexe, Neuritis optica descendens beiderseits (das innere Segment des Optikus ist weifs), verstärkte Patellarreflexe, Rombergsches Symptom, Verminderung der Sicherheit der Bewegungen ohne Ataxie, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Pollakiurie. Die Lumbal-

flüssigkeit enthält die Lymphocyten in verminderter Anzahl, oft mit dem Reticulum der Transformationsform zu Plasmazellen, aber ohne typische Plasmazellen. Die Schankerinduration ist noch vorhanden, desgleichen finden sich Inguinaldrüsen, Submaxillardrüsen, Glossitis submucosa und leichte Leukoplakie der Zunge und Lippen. 2. Der zweite Fall betraf einen 35jährigen Patienten, der 1898 Lues akquirierte. 1903 bis 1904 Paraplegie mit heftigen Kopfschmerzen. Gegenwärtig zeigte er starke geistige Depression, Amnesie, wirres, langsames Reden, apathischen Zustand und Sphinkterstörungen. Aufserdem waren die Bein- und Armreflexe rechts vermehrt, am rechten Fufs waren epileptoide Zuckungen und Babinsky vorhanden. Kein Romberg.

Der erste Kranke wurde, was seine Optikusstörung anbetrifft, durch Hg sehr gebessert, hingegen kaum seine übrigen cerebralen Störungen vermindert; der zweite verliefs gebessert das Hospital.

Ein Fall von Pemphigus vulgaris, von J. S. Covisa. Vorstellung eines Falles.

Ein Fall von Syphiloma urethrale perforans praecox, von J. Nouell. Der Fall war dadurch bemerkenswert, dafs das perforierende Gumma bereits sechs Monate nach Auftreten des Schankers, und zwar an der Stelle des Schankers sich gebildet hatte.

Hyperkeratosis congenita maligna (Ichthyosis foetalis; Keratoma malignum congenitum usw.), von Juan de Azúa. Die Mutter des Kindes hatte vollkommen normale Haut und bereits ein normales Kind geboren. Das Kind selber, das zehn Stunden nach der Geburt starb, war weiblichen Geschlechts. Die ganze Haut war hart, resistent, undehnbar, wie ledern, von vielen Rissen mit blutigem Grunde durchzogen. Die Risse waren um die Körperöffnungen radiär wie die luetischen Rhagaden angeordnet. Das Ohrläppchen war unförmlich, rudimentär, die Zunge normal, die Augen ebenfalls, aber von den durch die ektropionierten Lider hernienförmig hervorgezogenen Konjunktiven bedeckt. Nirgends eine Behaarung. Die Nägel waren, trotzdem das Kind ausgetragen war, ganz vom Eponychium bedeckt. Die Haut fühlte sich an wie frische Schweinshaut, auf der die Haare entfernt worden sind. An einigen Stellen fühlte der Finger kleine Papeln, welche hyperkeratotischen Follikeln entsprachen. Mikroskopisch erscheint die Hornschicht enorm verdickt und schickt tiefe Fortsätze nagelartig bis durch das ganze Stratum Malpighi hindurch. Diese Fortsätze entsprechen teils den Follikeln, welche bis zum Grunde verhornt sind und oft noch ein atrophisches, verhorntes Haar enthalten, teils den Schweifsdrüsen, deren Lumen aber offen ist, teils gehen sie unabhängig von diesen Organen bis beinahe an die Basalschicht und zeigen an, dafs bereits diese Zellen in die zur Hornproduktion notwendigen Bedingungen gebracht sind. Die unteren Hornhautschichten haben Zellen mit Kernen und Eleidinresten und sind mit pulverförmigen Eleidinkörnchen besät. Das Stratum granulosum ist unregelmäfsig verdickt, seine Zellen enthalten viele Eleidingranulationen. Im Papillarkörper und der Cutis, desgleichen im Unterhautzellgewebe finden sich nirgends entzündliche Prozesse. Die elastischen Fasern sind wohlerhalten. Die Alterationen im Fettgewebe, auf welche Darier hinweist, wurden nicht gefunden.

Prurigo in herpetoiden symmetrischen Gruppen, wahrscheinlich tuberkulösen Ursprungs, von J. de Azúa. Es handelte sich um einen zehnjährigen Jungen, der seit seinem zweiten Lebensjahre an den typischen Körperstellen, aber auch an den Beugeseiten Prurigo Hebra zeigte. Es waren symmetrische Gruppen von Prurigopapeln, welche sich durch Kratzen lichenifizieren, ekzematisieren und sich mit Pusteln bedecken und leicht mit Teer heilen, aber nach Aufhören der Therapie sich wieder wie vorher einstellen. An dem Kranken konnte klinisch nichts von Tuberkulose nachgewiesen werden. Hingegen brachten Cuti- und Ophthalmoreaktion sehr starke Effekte hervor. Alttuberkulin machte eine starke Allgemeinreaktion, hingegen war 1%ige Tuberkulinsalbe wirkungslos. Mikroskopisch zeigt die Cutis Verdickung der Gefäfs-

wände, Leukocyteninfiltration und Papillenödem. Das Corpus mucosum ist verdickt und darin findet man zahlreiche Stadien der Vesikulation, welche immer tief beginnt und teils durch ein Intercellularödem, teils durch Degeneration einer Gruppe von Zellen des Stratum MALPIGHI entsteht und sich dann durch die Hornschicht vorwölbt. Letztere ist parakeratotisch mit abgeplatteten, kernhaltigen Zellen und Leukocyten zwischen denselben.

AZÚA legt Gewicht darauf, dafs die Prurigopapel immer vorhanden war, bevor sich das Juckgefühl einstellte. Es kann sich also nicht um einen Pruritus toxischen (tuberkulösen) Ursprungs handeln. Er glaubt bei der Differentialdiagnose Ekzem, Neurodermitis, Ekzema seborrhoicum und Lichen scrophulosorum ausschliefsen zu können und meint, dafs es sich um einen atypischen Prurigofall bei einem latent Tuberkulösen handelt.

Therapeutische Quecksilberintoxikationen, von J. DE AZÚA. Mitteilung dreier Fälle von Hg-Intoxikationen, welche bereits in der Arbeit von LASSERRE (*Annales de derm. et syph.* 1908. S. 656 und 708) mitgeteilt wurden.

Im ersten Falle trat nach 40 cg Kalomel, die bei einer 50jährigen Frau in 23 Tagen injiziert wurden, im zweiten nach 88, innerhalb von sechs Monaten gegebenen Injektionen von grauem Öl schwere ulceröse Stomatitis mit Nephritis und blutigen Diarrhoen, im letzten Falle sogar Sequesterhildung in den Kiefern auf. Im dritten Falle bekam ein 30jähriger, gesunder Mann irrtümlicherweise gegen eine einfache Balanoposthitis fünf Einreibungen und eine Injektion graues Öl (10—12 cg metallisches Hg) und starb zehn Tage danach unter Symptomen einer mächtigen, gangränösen Stomatitis, hohem Fieber und allgemeiner Prostration. Bei der Sektion wurde eine diffuse, epitheliale Nephritis gefunden.

Herstellung des Kalomels, des salicylsauren Quecksilbers und des gelben Quecksilberoxyds für Injektionen nach der LANGschen Formel des grauen Öls, von J. DE AZÚA. AZÚA weist nach, dafs er diese Präparate in 50%iger Stärke nach der Formel von LANG bereits seit 1897, also lange vor der Publikation von EUDLITZ, LAFAY und LÉVY-BING anwandte.

Kontagiosität der Lepra, von J. DE AZÚA, (Mitteilung an die II. Internationale Leprakonferenz in Bergen, August 1909.) Der Artikel wurde bereits an anderer Stelle in diesen *Monatsheften* referiert.

Anästhesierung bei den hohen Druckspülungen der Urethra und Blase, von JUAN DE AZÚA. Wenn bei hohen Urethral- und Blasenspülungen mittels des Irrigators der Sphinkter nicht nachgeben will, sondern sich infolge der schmerzhaften Prozedur immer mehr krampfhaft zusammenzieht, so injiziert A. zuerst 3 ccm einer 2%igen Kokainlösung. Die Spülung gelingt dann leicht. *Gunsett-Strafsburg.*

Folia urologica.

Band IV, Heft 5. November 1909.

1. Über einige Erfahrungen aus dem Gebiete der Nierensteinerkrankung, von HUGO NEUHÄUSER-Berlin. Eine kritische Zusammenstellung der von ISRAEL bisher ausgeführten 245 Nierenoperationen wegen Nephrolithiasis (an 233 Patienten). Hervorgehoben wird der Wert der Röntgenstrahlen als diagnostisches Hilfsmittel. Da Irrtümer möglich sind (Schatten, die keine Steine sind und Steine, die keine Schatten geben), sind die Strahlen nicht höher, sondern gleich allen anderen klinischen diagnostischen Momenten zu bewerten. Therapeutisch ist die Pyelolithotomie am wenigsten eingreifend und gibt die besten Resultate, ist aber nur in wenigen Fällen anwendbar. Die Nephrolithotomie ist wegen der Möglichkeit der Nachblutungen gefährlicher als

im allgemeinen angenommen. Die Nephrotomie ist ungleich gefährlicher als die primäre Nephrektomie, weshalb man bei schweren vereiterten Steinnieren nie zu konservativ sein sollte.

2. **Über angeborene Verengerungen der Harnröhre des Mannes,** von JOSEF ENGLISCH-Wien. (Schlufs.) Eingehende Monographie mit allein 135 Literaturnachweisen; die Arbeit mufs von Interessenten im Original eingesehen werden.

3. **Zwei Fälle von kongenitalem Nierentumor,** von GINO BAGGIO-Venedig. Kasuistik. Fünf Abbildungen; eine Tafel mit histologischen Ergebnissen.

W. Lehmann-Stettin.

Sexual-Probleme.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik.

Oktober 1909.

Geschlechtstrieb und „Liebe“ des Urmenschen, von MAX MARCUSE. Bei den aus prähistorischen Zeiten stammenden Zeichnungen und Plastiken ist vielfach die Betonung der Geschlechtsteile als der Zweck der ganzen Arbeit unverkennbar. Hieraus ist zu entnehmen, dafs der Geschlechtstrieb mindestens zu gewissen Zeiten das ganze Sinnen und Trachten des Vormenschen ausfüllte. Dahingegen wird die Behauptung von H. ELLIS, dafs „ein natürliches Gefühl des Abscheus vor den Genitalien des anderen Geschlechts ursprünglich vorhanden“ gewesen ist, durch das „die Schwäche des Geschlechtstriebes unter primitiven Verhältnissen“ mit bedingt worden sei, durch nichts begründet und ganz irrtümlich erachtet.

Darf eine Änderung in der Stärke des Geschlechtstriebes im Laufe der Jahrtausende angenommen werden? Die Theorie von der Verstärkung des Sexualinstinktes durch die Kultur (ELLIS) wird abgelehnt. Die Tatsachen sprechen für die Unabhängigkeit des Geschlechtstriebes und seiner elementaren Äufserungen von der Zivilisation. Allerdings sind vielleicht durch die von der Kultur geschaffenen und vermehrten physischen und psychischen Reizmittel erst alle Seiten des Geschlechtslebens zur vollen Entwicklung gebracht worden. Ausführliche Literaturangabe.

Ethik des Geschlechtslebens, von Pastor ERNST BAARS. Zu kurzem Referat nicht geeignet.

Sexualforschung in Spanien, von HERMANN ROHLEDER. Eine Sexualforschung gibt es in Spanien nicht, wohl aus dem Grunde, weil dort wissenschaftliche Forschungen ganz vom Geiste der Orthodoxie beherrscht werden. *Arthur Schucht-Danzig.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1909. Band II, Heft 19—22.

1. **Frühdiagnose der Nierentuberkulose,** von PAUL BRAUN und PIERRE CRUET in Paris. (Heft 19—21.)

2. **Komplete traumatische Ruptur des perinealen Teiles der Harnröhre. Rasches Auffinden des zentralen Endes in schweren Fällen,** von MAURICE HEITZ-BOYER. (Heft 20.) Der Verfasser hat in zwei Fällen von kompleter traumatischer Ruptur des perinealen Harnröhrenteils, als nach Inzision des Perienums und Entfernung der Blutgerinnsel der zentrale Stumpf der Urethra trotz genauer Untersuchung nicht gefunden werden konnte, den mittleren Teil des Diaphragma urogenitale durch Exzision der gequetschten paraurethralen und perinealen Weichteile seitlich bis zum Corpus cavernosum freigelegt. Ungefähr in der Mitte des Diaphragma wurde das Orificium der Pars membranacea der Urethra, das gesuchte hintere Harnröhrenende, sichtbar,

und die Einführung eines Katheters und die Entleerung der Harnröhre gelang ohne weitere Schwierigkeit. Da eine Vernähung der beiden Harnröhrenstümpfe wegen der Gröſse des Substanzverlustes unmöglich war, wurde der Ersatz des fehlenden Stückes nach Anfrischung des peripheren Endes aus den umgebenden Weichteilen gebildet. Der Erfolg war bei beiden Patienten ein vorzüglicher. — Der Verfasser hat die Freilegung des Diaphragma urogenitale zuerst zur operativen Beseitigung impermeabler Harnröhrenstrikturen vorgenommen und auch hier sehr gute Resultate damit erzielt; in der diesbezüglichen Publikation (im *Journal de Chirurgie*) hat er besonders auch die Technik der Neubildung des fehlenden Harnröhrenstückes durch die umgebenden Weichteile genau geschildert. Sowohl bei impermeablen Strikturen wie bei kompleten traumatischen Rupturen der Urethra wird durch die Freilegung des Diaphragmas der retrograde Katheterismus erspart. — In einem der beiden Fälle hat der Verfasser das Momburgsche Verfahren zur Erzielung von Blutleere der unteren Körperhälfte, Anlegung einer abschnürenden Gummibinde zwischen Beckenschaufel und unterem Rippenrand, zur Anwendung gebracht; obwohl die Abschnürung bei der Eile, die wegen der starken Blutung geboten war, nicht fest genug erfolgte, schien sie doch das Operationsfeld wenigstens anfänglich wesentlich blutleerer zu machen. Im zweiten Teile der Operation wurde bei der Einführung eines gekrümmten Katheters, der als Verweilkatheter liegen bleiben sollte, ein Gefäſs des groſsen periprostatischen Venenplexus verletzt; die infolgedessen auftretende starke Blutung wurde dadurch zum Stillen gebracht, daſs der Operateur vom Rektum aus mit dem Zeigefinger die ganze prostatische und periprostatische Partie fest gegen die Symphyse andrückte. Diese Art der Kompression ist zur Stillung aller venösen Blutungen im Gebiete der Prostata zu empfehlen.

3. **Über einen Fall von schwerer renaler Hämorrhagie nach Nephrektomie**, von Ch. Périneau. (Heft 21.)

4. **Einseitige Lagerung und Verwachsung beider Nieren**, von E. Papin und Palazzoli. (Heft 22.) *Götz-München.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1909. Heft 5.

Ein typischer Fall von primärer Pigmentsyphilis, von De-Franceschi. Bei einem 38jährigen Kranken traten zwei Monate nach der Sklerose im Beginn der Sekundärperiode groſse Pigmentflecke am Stamm und den Extremitäten auf (Abbildung). Sie waren von kaffeebrauner Farbe auf braun-gelber Umgebung, unregelmäſsig rund oder oval, teilweise konfluierend, unverändert unter Glasdruck. Beim ersten Anblick kann man an eine Pityriasis versicolor oder Pityriasis rosea Gibert oder Ekzema seborrhoicum Unna denken. Sie bestanden mehr als ein Jahr unverändert und verschwanden erst nach 34 starken Kalomelinjektionen. Histologisch fand sich in der dunklen Zone eine Anhäufung zahlreichster formloser Granulationen von gelb-brauner Farbe und verschiedener Gröſse, die unregelmäſsig zerstreut liegen im Protoplasma der Basalzellen, parallel den Ausbuchtungen des Papillarkörpers; in der helleren Zone keine Verminderung des Pigments. Es fand sich weder in der Epidermis noch im subcutanen Bindegewebe eine Veränderung der Gefäſswände, keine Anhäufung von gefärbten Elementen in der Nähe dieser, auch nicht in den benachbarten Lymphräumen. Verfasser schlieſst sich damit der Ansicht seines Lehrers De Amicis an, daſs das Hautpigment bei Syphilis nicht hämatogenen Ursprungs sei, sondern zurückzuführen auf eine Hyperaktivität der Keimelemente des Corpus Malpighi.

Über „Framboesia tropica" oder „Bouba" nach neueren Veröffentlichungen, von ACHILLE BREDA. Verfasser kommt nach eigenen Beobachtungen und unter Anführen zahlreicher Literaturberichte zu dem Schlufs, dafs obige Krankheit nichts gemein habe mit Sporotrichosis, sondern eine eigene Krankheitsform darstelle; auch von „Yaws" sei sie klinisch ganz verschieden.

Tuberkulöse Hautgummata des Gesichts, von DEFINE. Diese Erkrankung zeigte sich bei einem 16jährigen Mädchen; Heilung in relativ kurzer Zeit durch Inzisionen und 10%ige Europhensalbe. Als besonders erwähnenswert betont Verfasser, dafs die Affektion durch Ansteckung mit tuberkulösem Virus sich zuerst an der Nasenöffnung gebildet habe und von da aus auf dem Wege der Lymphbahnen sich an verschiedenen Stellen des Gesichts lokalisiert habe; ferner den Nachweis der Tuberkulose durch Impfung eines Meerschweinchens und den positiven Ausfall der PIRQUETschen Reaktion.

Ein Fall von Porokeratosis, von SCADUTO. Beschreibung eines derartigen Falles zum ersten Male aus Sicilien (Palermo) unter Beigabe von vier sehr guten Mikrophotogrammen, ohne wesentlich Neues zu bringen.

Fibromatöser pigmentierter Hauttumor mit Naevuszellen, von SCADUTO. Es handelte sich um einen kleinen Tumor am Labium majus, etwa 1 cm lang, 1 mm breit, der durch sein seltsames, bläuliches Kolorit auffiel. Er ist identisch mit den von TIÈCHE aus der JADASSOHNschen Klinik als „benigne Melanome" beschriebenen Tumoren (Bromatophorome). Die Neubildung besteht mikroskopisch aus Bindegewebsstreifen, die parallel den Blutkapillaren verlaufen; in diesen findet man Naevuszellen. die viel oder gar kein Pigment enthalten. — Im Anschlufs berichtet S. noch über zwei Fälle: Über einen „gestielten epithelialen Tumor" von Haselnufsgröfse der Schläfe, der sich im Laufe der letzten Monate rapide entwickelt hatte und nach dem mikroskopischen Befund — lange Streifen von epithelialen Zellen mit atypischen Mitosen — als maligne Neubildung aufgefafst werden mufste; und ein „Naevussarcom". Bei einem 52jährigen Kranken entwickelten sich aus einer seit 16 Jahren bestehenden Warze an der linken Hand am Handrücken und Vorderarm Tumoren verschiedener Gröfse, 4—5 cm breit, 1—2 cm hoch, rötlicher Farbe und harter Konsistenz. Interessant ist, dafs dieselben durch eine Phlegmone des betreffenden Armes fast ganz verschwanden. Mikroskopisch fanden sich Anhäufungen von Naevuszellen, aber völliges Fehlen von Pigment.

Ein neuer Irrigator für die Scheide und eine neue Spritze für die Urethra des Mannes bei blennorrhoischen Prozessen, von GALIMBERTI. Birnförmiges Mutterrohr aus Glas, am dünnen Ende durchlöchert zum besseren Abschlufs der Scheide. — Die neue Spritze hat die Form der PRAVAZschen Spritzen, am Ende einen kleinen Knopf, und ist graduiert, um die Kapazität der Harnröhre exakt festzustellen, die, wie G. an sechs Kranken festgestellt hat, in keinem Verhältnis zu der Länge des Gliedes steht.

Zur Demonstration der Spirochaeta pallida in Zahnkeimen, von LOMBARDO. Enthält eine Antwort auf den Artikel von PASINI im vorigen Heft dieser Zeitschrift, Er kommt noch einmal auf seine Arbeit „Verteilung der Spirochaeta pallida beim hereditär-syphilitischen Foetus" (*Bollet. della Società medico-chir. di Modena* 1908/09) zu sprechen, erkennt PASINIS Verdienst an, als erster den Befund gemacht zu haben, warnt aber vor voreiligen Schlüssen, da der Nachweis nicht geliefert ist, ob die Spirochäten nicht post mortem in die Pulpa gelangt sind. *Haas-Hamburg.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XVIII. September 1909.

I. **Die Anordnung der Bestandteile in der Hornzelle,** von P. Judin. (Cf. *diese Monatshefte* Bd. 49, S. 147.)

II. **Über rationelle Einspritzungen beim akuten Tripper,** von J. Fraenkel. Fraenkel findet, daſs sowohl in den Handbüchern über den Tripper wie auch den Kranken gegenüber viel zu wenig Wert auf die Ausführung der Einspritzungen gelegt wird. Er rät vor allem, zuerst die Harnröhre vom Eiter reinzuspülen und dann erst das eigentliche Spritzmittel zu injizieren. Um die Reinigung der Urethra möglichst vorsichtig vorzunehmen, empfiehlt F. dem Patienten, nachdem derselbe uriniert hat, einige Male eine heiſse 2%ige Borlösung einzuspritzen und sofort herauszulassen. Hierbei rät F., anfangs nicht die volle Tripperspritze von 12—15 ccm zu injizieren, sondern anfangs 1/4 derselben und dann allmählich mehr und mehr. Erst nach gründlicher Reinigung der Harnröhre soll dann die eigentliche Einspritzung vorgenommen werden, welche längere Zeit gehalten werden soll und für welche er zuerst 2—5%ige Kollargollösungen und dann solche von Kalium permanganicum in schwacher Konzentration verwendet.

Band XVIII. Oktober 1909.

I. **Zur Kasuistik der Dermatitis herpetiformis Duhring,** von S. Bogrow. In dem beschriebenen Fall von akutem Auftreten der Dermatitis herpetiformis handelte es sich um eine 28jährige Frau mit Carcinoma uteri. Unter desinfizierenden Scheidenspülungen, innerem Gebrauch von Chlorcalcium und lokaler Anwendung adstringierender Salben und Kompressen besserte sich der Ausschlag, um plötzlich nach einer vorgenommenen Amputatio colli uteri ganz zu schwinden. Als einige Monate später ein Rezidiv des Carcinoms auftrat, an dem die Frau bald darauf zugrunde ging, stellte sich aber kein Rezidiv der Dermatitis herpetiformis ein.

II. **Ein Fall von Lepra tuberosa,** von Kudisch-Kiew. Der in Kiew zur Beobachtung gekommene Fall von tuberöser Lepra betraf einen 68jährigen Rabbiner aus dem Mohilewschen Gouvernement, der sich anscheinend bei dem Vater seiner Schwiegertochter angesteckt hatte.

III. **Die syphilitische Superinfektion,** von Selenew. Die Schluſssätze dieser Arbeit lauten in Kürze:

1. Eine syphilitische Superinfektion muſs zweifellos angenommen werden in den Fällen einer neuen Infektion bei Vorhandensein von Erscheinungen erworbener oder hereditärer Lues.

2. Eine syphilitische Superinfektion erscheint wahrscheinlich in den Fällen sehr frühzeitiger Reinfektion.

3. Ein groſser Teil der Reinfektionen muſs vielleicht zur Kategorie der Superinfektionen gerechnet werden, wenn man die unbestimmte Dauer der kondylomatösen Periode usw. in Berücksichtigung zieht.

4. Die Superinfektionen brauchen nicht immer als charakteristische Sklerose aufzutreten, sondern können in der Gestalt einer Erosion, Papel usw. erscheinen.

5. Die syphilitischen Superinfektionen können sowohl in der kondylomatösen als tertiären Periode vorkommen.

6. Klinisch präsentiert sich die Superinfektion als Reinfektion in folgender Weise: a) als Primäraffekt von unbestimmtem Typus (Erosion, Papel, Pustel, Geschwür usw.) ohne Allgemeinerscheinungen (klinische Autoinfektion), b) als Primäraffekt mit allen Zeichen der syphilitischen Induration, aber ohne begleitende Adenopathie, ohne nachfolgende sekundäre Erscheinungen, c) als charakteristisches primäres Syphilom mit Polyadenitis, aber ohne allgemeine Erscheinungen der Haut, d) als primäres Syphilom

mit Polyadenitis und nachfolgender allgemeiner Adenopathie, aber ohne Hauterscheinungen, e) als primäres Syphilom mit Polyadenitis und Allgemeinerscheinungen, wie bei einer erstmaligen Infektion, f) in Form einer schweren Neuerkrankung, g) in Form einer leichten Neuerkrankung.

7. Alkoholismus und ungenügende Behandlung begünstigen eine lange Haftung des syphilitischen Giftes im Organismus.

8. Quecksilber und Jod verhindern anscheinend keine Superinfektion.

9. Die klinischen Beobachtungen lassen sich im wesentlichen mit den neuen Tierexperimenten von Finger, Landsteiner, Neisser in Einklang bringen, wenn man eine Individualisation eines jeden Falles von Syphilis beim Menschen gestattet.

IV. **Zur Frage der jodophilen Zellkörnung im blennorrhoischen Eiter**, von Fr. Schiperskaja. Auf Grund zahlreicher Untersuchungen von blennorrhoischem Eiter spricht sich Verfasserin dahin aus, daſs zwischen den Gonokokken und der jodophilen Körnung eine gewisse regelmäſsige Beziehung existiert, aber daſs man sich bei der Diagnose dennoch nicht nur auf das Vorhandensein resp. Fehlen dieser Körnung stützen kann.

Die Bereitung der Präparate ist auſserdem mit ziemlich groſsen Unbequemlichkeiten verknüpft. *Arthur Jordan-Moskau.*

Bücherbesprechungen.

Der variköse Symptomenkomplex (**Phlebektasie, Stauungsdermatose, Ulcus cruris**), **seine Grundlagen und Behandlung.** Nach Eigenuntersuchungen dargestellt von G. Nobl. (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin 1910.) Mit Recht hebt der Verfasser im Vorwort seiner Monographie hervor, daſs Kranke, die mit den Folgeübeln der Varicen behaftet sind, zu den Heimatlosen gehören, welche Dermatologen, Internisten und Chirurgen sich gegenseitig unter Betonung ihrer Unkompetenz zuschicken. Und doch sind diese Leiden therapeutisch vorzüglich zugänglich und dankbar. Nach einem geschichtlichen Überblick geht der Verfasser direkt zur pathologischen Anatomie der Varicen und deren Folgeznustände über. Er bespricht das variköse Ekzem, die verrukösen und kallösen Formen, die para- und postekzematöse Dermatitis, die sklerosierenden und atrophischen Folgezustände sowie das stabile Erysipel. Auch das Ulcus varicosum wird in bezug auf seine mikroskopische Pathologie sowie dessen carcinomatöse Entartungen eingehend erörtert. Ein Kapitel ist der Pathogenese, ein anderes der wirtschaftlichen Bedeutung dieser Leiden gewidmet. Eingehend sind Klinik und Differentialdiagnose geschildert. Ich möchte besonders auf das mit Recht ausführlich behandelte Kapitel der Behandlung eingehen, weil, wie der Verfasser selbst hervorhebt, die Grundbedingungen der Therapie noch lange nicht in die allgemeine Kenntnis übergegangen sind, und zwar vor allem, was die konservativen Maſsnahmen der Varicenbehandlung angeht. Hierher gehören bei intakter Haut die Wattaverbände und die Wasserglasverbände, bei nicht intakter Haut zur gleichzeitigen Behandlung dermaler Komplikationen und diffus entzündlicher chronischer Gefäſsstörungen der Unnasche Zinkleim- und der Schleichsche Peptonverband. Insbesondere kann die günstige Wirkung des ersteren nicht hoch genug angeschlagen werden, da er eine ambulante Behandlung ermöglicht, sehr billig und bei den geeigneten Einrichtungen ohne Zeitverlust herzustellen ist. Als Leim empfiehlt

er die BEIERSDORFsche Gelatina Zinci mollis, welche nach der Formel UNNAS: Zinc. oxyd. 20, Glyc. 12, Aquae 56, Gelat. 12 hergestellt ist. Weniger angenehm ist der SCHLEICHsche Verband, der leicht spröde und brüchig wird und deshalb oft erneuert werden mufs. Während die Leimverbände ganz allgemeine Anwendung finden können, sind Gummibinden (MARTINsche Originalbinden) nur zu verwenden, wenn die Haut vollständig normal ist und eine tägliche peinliche Desinfektion des Beines vorgenommen werden kann. Vorzüglich haben sich dem Verfasser die nach den Angaben von F. v. HEUSS hergestellten elastischen Krepprollbinden der Fabrik I. Teufel in Stuttgart bewährt, die unter dem Namen Klebrobinden in den Handel kommen und die sofortige Anbringung eines starr fixierenden, immobilisierenden Verbandes ermöglichen. Der Verfasser erprobte in mehrmonatlichen Versuchsreihen die besondere Brauchbarkeit dieser Pflasterbandage, welche Wochen hindurch liegen bleiben kann und auch ein Baden des Beines ohne Verschiebung der Touren und ohne Verringerung der Elastizität der Decke erlaubt. Auf die speziellen therapeutischen Mafsnahmen bei den einzelnen Erkrankungsformen hier einzugehen, würde zu weit führen. Die Angaben zeichnen sich durch Klarheit der Indikationsstellung und Eingehen ins Detail aus.

Gunsett-Strafsburg.

Die Hautblastomykose, von NICOLAS V. GRECO - Buenos Aires. (Verlag von Etchepareborda, 1908. Inaug.-Dissert. Buenos Aires.) Ausführliche Beschreibung und bakteriologische Würdigung des ersten Falles von Hautblastomykose in Argentinien. Es handelt sich um die vegetierende, cutane Form, die bei einem 21jährigen Manne neben dem äufseren Rand des linken Auges aufgetreten war. Mit einer Papulopustel beginnend, hatte sich die Läsion schnell entwickelt und exzentrisch ausgedehnt. Es bildeten sich leicht blutende, fungöse Massen mit einigen miliaren Abscessen. Epidermoidale Vegetationen fehlten, hingegen war die Cutis mit der darüberliegenden Epidermis stark entzündet und infiltriert. Heilung trat nach Auskratzung leicht ein. Es handelte sich um einen Saccharomyces, und zwar um eine Varietät des Endomyces albicans, welche sich durch geringe Kulturunterschiede und durch die Abwesenheit von Mycelien in der Läsion unterscheidet. Der Autor nennt ihn Endomyces bonaerensis.

Gunsett-Strafsburg.

Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts, in akademischen Vorlesungen herausgegeben von ERNST VON LEYDEN und FELIX KLEMPERER. (Urban & Schwarzenberg, Berlin 1909.) Zu diesem bedeutenden Werke ist der erste Ergänzungsband erschienen, der die Forschungsergebnisse und Erfahrungen enthält, die seit Abschlufs des Werkes bis zum Jahre 1909 gemacht wurden. Dadurch ist vorgebeugt, dafs das Werk veraltet, sondern sich stets auf der Höhe der Zeit erhält.

Von den in diesem Ergänzungsbande erschienenen Arbeiten sind folgende für die Dermatologen von Interesse:

Komplementbindung als serodiagnostische Methode, von J. MORGENROTH und L. HALBERSTAEDTER-Berlin. Eine zusammenfassende Darstellung alles dessen, was für Erklärung der WASSERMANNschen Reaktion nötig ist. Es findet sich in überaus klarer, leicht verständlicher Darstellung eine geschichtliche Übersicht der serologischen Entwicklung, welche von BORDETS grundlegenden Untersuchungen an bis zum heutigen theoretischen Stand der Frage von der WASSERMANNschen Reaktion geführt hat. Auch deren Technik ist eingehend geschildert. Ich will nur auf die praktischen Ergebnisse der WASSERMANNschen Reaktion eingehen, wie sie die Autoren am Schlusse ihrer Darstellung geben. Ist nur ein Primäraffekt vorhanden, so versagt die Reaktion für die Syphilisdiagnose häufig und wird jedenfalls vom Spirochätennachweis übertroffen. Doch wird ein positiver Ausfall für die Frühdiagnose mitunter von Wert sein, wenn der Spirochätennachweis nicht geglückt ist. Keineswegs darf aber der negative Aus-

fall der Reaktion in diesem Stadium gegen die Diagnose Syphilis verwertet werden. Bei sekundärer Syphilis mit manifesten Erscheinungen wird die Reaktion mit verschwindenden Ausnahmen in jedem Falle positiv gefunden. Negatives Ausfallen der Reaktion in diesem Stadium ist durch einen technischen Fehler oder durch schlechten Extrakt bedingt, vorausgesetzt, daſs es sich um unbehandelte Fälle handelt. Wenn also Erscheinungen bestehen, für welche Syphilis der Frühperiode differentialdiagnostisch in Betracht kommt, so läſst sich sowohl eine positive als eine negative Reaktion für diagnostische Zwecke unbedingt verwerten. Bei manifesten, gummösen Prozessen sind die Verhältnisse ganz gleich, auſser bei Hirnsyphilis, bei der nach F. Lesser die Reaktion häufig negativ gefunden wird. Ein positiver Ausfall zeigt also, daſs der untersuchte Patient Syphilitiker ist. Wohlgemerkt ist dies aber eine konstitutionelle, keine Organdiagnose (was z. B. bei malignen Tumoren bei Syphilitikern wohl zu beachten ist). In den Latenzstadien reagiert nur ein gewisser Prozentsatz der Fälle positiv. Hier ist nur der positive Ausfall der Reaktion verwertbar, der negative beweist weder, daſs der Patient kein Syphilitiker ist, noch zeigt er die definitiv eingetretene Heilung einer Syphilis an. Am Ende einer Quecksilberbehandlung speziell wird besonders im Frühstadium die Reaktion oft vorübergehend negativ gefunden, obwohl bald wieder Symptome und damit eine positive Serumreaktion wiederkommen. Ferner kommen bei in früherer Zeit gut behandelten Fällen verhältnismäſsig viel mehr negative Reaktionen vor als unter den schlecht behandelten (nur eine oder gar keine Kur). Nach Behring-Kiel waren von 70 schlecht behandelten Fällen 52 positiv und 18 negativ, von 69 gut behandelten (mehr als zwei Kuren) 11 positiv und 58 negativ. Bei Paralyse wird die Reaktion in 100%, bei Tabes in 70% der Fälle positiv gefunden. Bei der Hellerschen Aortitis fanden Fränkel und Much von 23 Fällen 19mal positive Resultate, hingegen unter 12 Fällen von allgemeiner Arteriosklerose nur drei und unter 13 Fällen von Orchitis fibrosa nur zwei positive Resultate. Bei der hereditären Lues geben fast alle Fälle noch unbehandelter Syphilis mit Symptomen positive Reaktion. Sie verhält sich genau wie die akquirierte.

Die neueren Fortschritte auf dem Gebiete der Syphilidologie, von P. Linser-Tübingen. Der Aufsatz enthält eine kurze, zusammenfassende Darstellung alles dessen, was seit der Spirochätenentdeckung über Nachweis und Vorkommen derselben bekannt geworden ist, und der neueren experimentellen Syphilisforschung an Tieren. Auch die rein klinischen Fragen, welche den Syphilisverlauf und die Syphilistherapie betreffen, werden gestreift, so die Exzision des Schankers, die Immunität, die Quecksilber- und Atoxylbehandlung. *Gunsett-Straſsburg.*

Behandlung von Hautkrankheiten mit Radium, von Dr. Masotti. Vorwort von Dr. Danlos. (Baillière & Sohn, Paris 1910.) In vorliegender Abhandlung beschreibt Autor in eleganter, knapper Weise die Radiumbehandlung der Hautkrankheiten und seine teilweise glänzenden Resultate. Die Dermatosen werden nach therapeutischen Gesichtspunkten in tiefe und oberflächliche eingeteilt, die Naevi vasculares auſserdem noch in solche mit weitmaschigen und engmaschigen Gefäſsnetzen. Durch diese Klassifikation erhält man bei den Naevi vasculares folgende Einteilung:

1. Flache Naevi { oberflächliche { blaſsrote; tiefe { violette.
2. Leicht erhabene und erektile Naevi { oberflächliche; tiefe.
3. Angiofibrome.

Je tiefer und engmaschiger ein Naevus, desto länger die Behandlungszeiten. Zur Untersuchung, ob ein Naevus oberflächlich oder tief ist, gebraucht man das Unnasche graduierte Glasdiaskop (Compressor). Die mit seiner vorsichtigen Methode erhaltenen

Resultate bei Naevi, insbesondere bei erhabenen und erektilen Naevi sind in der Tat frappant. Gänzlich versagt die Behandlung bei Naevi des behaarten Kopfes. Bei den Naevi pigmentosi verwendet Verfasser mit recht befriedigenden Resultaten eine kombinierte Radium-Elektrolysebehandlung.

Auch bei Keloiden ist das kosmetische Resultat ein sehr günstiges. Die Erfolge bei Ulcus rodens sind bekannt. Sehr gut war das Resultat bei einem Fall von Leukoplasie. Bei Lupus und Ulerythema centrifugum scheint die Methode nicht wesentliche Vorteile vor anderen zu bieten.

Verfasser warnt verschiedene Male vor zu lange ausgedehnten Sitzungen, weil dadurch leicht depigmentierte, weifse, äufserst entstellende Flecke entstehen. Um ein Zuviel zu vermeiden, mufs man über die Tiefe der Affektion im klaren sein und danach die Länge der Sitzungen einrichten. Insbesondere warnt Autor vor zu langem Gebrauch bei Rosacea, Akne und Rhinophym, wo Verfasser in einigen Fällen angeblich gute Erfolge hatte mit einer kombinierten Skarifikaton und Radiumanwendung. Die beigegebene Abbildung bringt dieses gute Resultat nicht überzeugend zum Ausdruck.

Um zu rekapitulieren, bestehen die Vorteile der Radiummethode in der konstant auftretenden, fast spezifischen Wirkung auf gewisse Dermatosen, in der Güte des kosmetischen Resultats, in den verhältnismäfsig geringen Unannehmlichkeiten für den Patienten, insbesondere Schmerzlosigkeit. Übelstände sind vor allem der enorme Preis (ca. 1500 Francs), durch ein Zuviel der Behandlung erzeugte unangenehme Pigmentationen, entstellende Hautatrophien, in seltenen Fällen Neuralgien, Juckattacken und Dermatitiden. *P. Unna jr.*

Klinische Spektroskopie, von O. Schumm-Hamburg. (Gustav Fischer, Jena 1909.) Das Buch enthält in sachgemäfser Anordnung eine klare Darsellung sämtlicher spektroskopischer Methoden, die zur Erkennung einer grofsen Reihe von medizinisch wichtigen Stoffen in Anwendung kommen. Im allgemeinen Teil schildert Verfasser an der Hand von ausgezeichneten Photographien und Zeichnungen die verschiedenen spektroskopischen Apparate, darunter ein vom Verfasser selbst konstruiertes Blutspektroskop, sowie die Handhabung derselben. Im speziellen Teil werden sehr eingehend die spektroskopischen Erscheinungen aller derjenigen Substanzen, die für klinisch-chemische Untersuchungen in Betracht kommen, vor allem die Blutfarbstoffe und die pathologischen Bestandteile des Harns besprochen. Der Verfasser hat es verstanden, in gedrängter Form alles zu geben, was bis jetzt auf dem Gebiete der Spektroskopie bekannt ist. Das Werk wird nicht nur dem Spektroskopiker von Fach willkommen, sondern auch jedem Naturwissenschaftler interessant und nützlich sein. Die Dermatologie ist speziell interessiert an den Kapiteln: Cholesterin, Oxycholesterin und Ölsäure. *Golodetz.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Über einen Fall von Primäraffekt der Nasenschleimhaut, von Stancanelli. (*Giorn. intern. delle Scienz. med.* Bd. XXXI, Heft 14.) Die Affektion safs am oberen Naseneingang mit Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen. Dabei bestanden heftige neuralgische Schmerzen der betreffenden Seite, ähnlich wie bei Zahnaffektionen.

Haas-Hamburg.

Bemerkungen zur Diagnose primärer Sklerosen der Mandeln, von A. J. Pospjeioff. (*Russ. med. Rundsch.* 1909. VII. Jahrg., Heft 6.) Eingehende Besprechung, ohne wesentliche neue Gesichtspunkte. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein Fall von Syphilis ohne Primärgeschwür, von A. C. Magian. (*Brit. med. Journ.* 11. Sept. 1909.) Ein 40jähriger Herr setzte sich unmittelbar vor seiner Verheiratung einer Infektionsgefahr aus. Verfasser wurde drei Tage darauf konsultiert, konnte aber durchaus nichts Abnormes konstatieren. In den folgenden Wochen wurde anfangs täglich, später einen Tag um den anderen und nach Ablauf von sechs Wochen jeden dritten Tag genau untersucht; nach Verlauf der achten Woche wurden die Konsultationen, da sich bis dahin nichts Abnormes gezeigt hatte, seltener ausgeführt. Anfangs der elften Woche trat aber eine typische Roseola nebst sonstigen syphilitischen Erscheinungen hervor, und die Ehefrau abortierte im dritten Monat und bot auch nebst Hautläsionen Plaques muqueuses unter der Zunge usw. dar. Der Verlauf war beim Ehemann mit schweren Erscheinungen verbunden. Die Ehe wurde getrennt. Der geschiedene Ehemann setzte sich wiederum Infektionsgefahren aus, und nach zwei Jahren kam er wieder in Behandlung mit einem typischen Primärgeschwür an der Glans penis. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Syphilis mit ungewöhnlich langer Inkubationsdauer, von G. P. James-Penarth. (*Lancet.* 4. Sept. 1909.) Das Primärsyphilid zeigte sich zuerst wie berichtet wird, am 67. Tage nach dem infizierenden Coitus und die ersten weiteren Erscheinungen in Form einer typischen Roseola am 86. Tage; zwei Tage später traten auch kleine Ulcerationen an den Tonsillen hervor. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Syphilis und Ehe, von Julius Müller-Wiesbaden. (Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin. IX. Band, 8. Heft. 1909. Curt Kabitzsch [A. Stubers] Verlag, Würzburg.) Die Abhandlung ist besonders für die Bedürfnisse des praktischen Arztes berechnet und gibt in klarer, übersichtlicher Weise den derzeitigen Stand der Frage unter besonderer Berücksichtigung der Wassermannschen Reaktion. Der praktische Arzt wird darin eine Menge für ihn wichtige Winke und Ratschläge finden. Am Schlusse gibt der Verfasser eine kurze Würdigung der juristischen Seite der Frage. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Vererbung der Syphilis auf Grund serologischer und bakteriologischer Untersuchungen, von K. Baisch-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 38) An einem Material von 140 Fällen hat B. im Verein mit Trinchese Untersuchungen zur Klärung der Wechselbeziehungen zwischen Mutter und Fötus in bezug auf die Übertragung der Syphilis angestellt und namentlich genau auf Spirochätenbefund auch in der Placenta nebst serologischen Prüfungen Bedacht genommen. In 24 Fällen fiel

die Prüfung in jeder Beziehung negativ aus und das Absterben des Fötus war auf andere Ursachen (neben Umschlingen der Nabelschnur und Nephritis der Mutter namentlich blennorrhoische Infektion) zurückzuführen. Unter den übrigen Fällen hat die Gruppe (76 Fälle) besonderes Interesse, bei welcher trotz vollständigen Fehlens klinischer Erscheinungen die Mutter des zweifellos luetischen Kindes eine positive Serumreaktion lieferte. Vielfach wurden hierbei Spirochäten in der Placenta nachgewiesen. Ferner ist hervorzuheben, daſs die Serumreaktion der Mutter positiv ausfallen kann bei negativer des Kindes und auch vice versa — ein Beweis, daſs der Hemmungskörper in dem Organismus erzeugt wird, in welchem er gefunden wird, und daſs die Placentarscheidewand für ihn ein unübersteigbares Hindernis bildet. Die Fälle (zwölf), in denen bei sicher luetischem Kinde die Mutter negativ reagierte, erklärt B. lediglich durch Versagen der Untersuchungsmethode. Das Collessche und das Profetasche Gesetz finden in diesen Beobachtungen eine weitere wertvolle Stütze.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Der Einfluſs der Syphilis auf die Nachkommenschaft, von Gräfenberg-Kiel. (*Arch. f. Gynäkologie*. Bd. 87, Heft 1.) Bei 50 macerierten Föten der Kieler Frauenklinik gelang es mit Hilfe der Silberimprägnierungsmethode Levaditis oder ihrer Modifikation nach Sakuranr in 39 Fällen, Spirochäten in den verschiedensten Organen darzustellen. Hiernach kann mit 80% Wahrscheinlichkeit jeder maceriert geborene Fötus als kongenital-luetisch angesprochen werden. Von 44 kongenital-luetischen Früchten wurden 38, also ca. 92% der kongenital-luetischen Kinder, in maceriertem Zustande geboren. Ein nicht maceriert totgeborener Fötus zeigte keinerlei Erscheinungen der Syphilis, ein anscheinend gesund geborenes Kind erkrankte drei Tage später an hämorrhagischer Diathese und starb am elften Tage. Der Prozentsatz der frischtotgeborenen luetischen Früchte unter den luetischen Totgeburten ist sehr gering.

Die floride Lues der Mutter ist auffallend selten mit charakteristischer luetischer Infektion des Kindes vergesellschaftet.

Während Spirochätenbefunde in der Placenta selten sind, bilden sie die Regel in der Nabelschnur. Autor fand sie in allen 39 Fällen. Es ist wichtig, das zu untersuchende Stück Nabelschnur möglichst dicht vom Hautnabel zu entnehmen. Die Spirochäten sind meist ausschlieſslich an der Wand der Nabelschnurgefäſse, vor allem in der Media der Nabelvene. Autor sucht bei jedem Verdacht auf kongenitale Lues in dem fötalen Ende der Nabelschnur nach Spirochäten.

Durch Punktion der Leber und Milz von totgeborenen luetischen Kindern konnten lebende Spirochäten aspiriert werden.

Dieser Nachweis in der Punktionsflüssigkeit aus Leber und Milz gelang auch bei einem Fötus intra vitam, doch wird vor Milzpunktion gewarnt, da sie zu Zerreiſsung des Milzgewebes und intraabdomineller Blutung geführt hatte. Autor geht so weit, zu erklären: Finden sich nach der Geburt keine luetischen Manifestationen, enthält das fötale Ende der Nabelschnur und der Leberpunktionssaft keine Spirochäten, so ist das Kind nicht hereditär-luetisch. Treten trotzdem später Erscheinungen auf, so handelt es sich um spätere (intra partum) Erwerbung der Syphilis. Selbst für Coryza nimmt Autor nicht immer eine in der Embryonalzeit erworbene Syphilis an, sondern erklärt sie in vielen Fällen für ein Symptom einer Intrapartum-Infektion der Nase, d. h. Primäraffekt. Hiernach gäbe es keine Luesimmunität bei einem der kongenitalen Infektion entgangenen Kinde (Profetasches Gesetz), und solche Kinder wären nicht immun geboren, sondern nichtinfiziert, weder germinativ noch intra bezw. post partum.

Der Infektionsmodus ist ein germinativer, d. h. die Spirochäten entstammen dem Genitalsekret des Mannes oder werden dem Sperma im Genitaltraktus des syphilitischen Weibes beigemengt; demgegenüber tritt die materne oder placentare Infektion völlig

zurück. Entsprechend der Rolle, welche Autor der Intra- und Postpartum-Infektion zuschreibt, betont er die Wichtigkeit der Verhütung dieser Gefahren, welche mit der Austreibungsperiode beginnen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die luetische Infektion in der Schwangerschaft und ihre Bedeutung für das Vererbungsproblem der Syphilis, von Hans Bab-Berlin. (*Centralbl. f. Bakteriol* Bd. 51, Heft 3.) Die postkonzeptionelle Syphilis hat für die Frage nach dem Modus der Übertragung der Lues von den Eltern auf das Kind deswegen eine besondere Bedeutung, weil hierbei zweifelsohne die in Diskussion stehenden Modi einer spermatischen paternen oder einer ovulären maternen Syphilisübertragung auszuschliefsen sind und eine Einschränkung ausgenommen nur der placentäre Modus in Betracht kommen kann. Die weitere Frage, ob ein anscheinend gesund geborenes Kind einer postkonzeptionell Infizierten immun oder latent luetisch oder gesund und unbeteiligt sei, beantwortet Bab dahin, dafs häufig das Kind gesund erscheint, aber als latent luetisch entlarvt werden kann, und zwar weit häufiger, als man bisher dachte. Die neuen Hilfsmittel, die uns diese Entlarvung ermöglichen, sind folgende: 1. Spirochätennachweis in der Nabelschnur, 2. Wassermannsche positive Reaktion des Nabelschnurblutes, 3. Spirochätennachweis in der Leber (Punktion derselben mit feinster Kanüle), 4. Nasensekretuntersuchung auf Spirochäten, 5. Wassermannsche, eventuell wiederholt geprüfte Reaktion — positiver Ausfall des kindlichen Blutes, 6. Röntgendiagnose der Osteochondritis syphilitica (nach Reyher), 7. bei Exitus Antigennachweis und Spirochätennachweis in den kindlichen Organen, Antistoffnachweis in den Körperflüssigkeiten. B. kommt sogar zu dem Schlusse, dafs die Kinder postkonzeptionell Infizierter, welche eine latente, nur mit diesen feineren Methoden diagnostizierbare Lues akquiriert haben, wahrscheinlich das Hauptkontingent der tardiven Lues, die sich erst im späteren Kindesalter oder beim Erwachsenen manifestiert, bilden und auch Paralyse und Tabes als Abschlufs des verborgenen Leidens auftreten können. Bleiben aber Kinder ganz gesund oder ist der Krankheitsverlauf ein auffallend verzögerter, so ist doch wohl neben dem Widerstand der Frucht noch ein anderer Schutzfaktor anzunehmen, und zwar die Placenta; das Kind kann nur gesund bleiben, weil dieselbe zwischen luetisch gewordener Mutter und dem Fötalkörper zwischengeschaltet ist. Dieser placentare Widerstand gegen die Infektion mufs mit der placentaren Ausbildung und Entwicklung im Laufe der Schwangerschaft wachsen, genau wie der Fruchtwiderstand. Eine postkonzeptionelle Infektion wird dementsprechend im Anfang der Schwangerschaft auch weit häufiger sein als späterhin, also zu einer Zeit, wo nicht nur der Fruchtwiderstand, sondern auch der Placentarschutz relativ gering ist. Diese Schutzwirkung der Placenta versucht Bab unter Zusammenfassung aller bisher vorliegenden Einzelergebnisse mit einer höchst interessanten Theorie des zugrundeliegenden chemischen Prozesses zu erklären und es würde sich bei den durch die Wassermannsche Reaktion enthüllten Vorgängen um die zweckmäfsige Unschädlichmachung giftiger Nebenprodukte des syphilitischen Prozesses handeln. Die Wassermannschen „Antistoffe“ sind demgemäfs als nutzbringend anzusehen, wenn sie auch die Spirochäten nicht zu schädigen imstande sind. Die Antistoffproduktion gegen die Lipoidsubstanzen ist als eine Autoimmunisation gegen schädliche Stoffe aufzufassen, deren Auftreten eine Begleiterscheinung der Lues ist. Paralyse und Tabes sind in weiterer Ausführung dieser Theorie als Abnutzungskrankheiten (durch zu starke Antikörperproduktion und Abnutzung der Lipoide — Lecithin —) anzusehen. Ist dieser Gedankengang richtig und gelingt es, sicher zu ermitteln, welches Lipoid das Antigen im Körper darstellt, so müfste man durch frühzeitig beginnende andauernde medikamentöse Darreichung eben dieses Lipoids die Entstehung von Tabes und Paralyse zu verhindern suchen. Zum Schlusse seiner Betrachtungen formuliert Verfasser eine

Anzahl Regeln für das Stillen des Kindes bei postkonzeptioneller Infektion; es ist hierbei zu unterscheiden: 1. wenn Mutter und Kind sicher syphilitisch — die Frau mufs dann selbst stillen oder eine syphilitische Amme; 2. ist das Kind sicher nicht syphilitisch (nach negativem Resultat aller neueren diagnostischen Hilfsmittel), so darf es nicht von der Mutter, sondern nur von einer gesunden Amme gestillt werden (unter deren Einverständnis); 3. bei irgendwelchen Zweifeln an der Gesundheit des Kindes ist nur künstliche Ernährung am Platze. *Stern-München.*

Zur Serodiagnostik der Lues in der Geburtshilfe, von E. Bunzel-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 36.) Untersuchung von 230 Fällen, gröfstenteils vor und nach der Entbindung. Da sich in einigen, sicher nicht luetischen Fällen in der Gravidität bezw. sub partu im mütterlichen Blute komplette Hemmungen fanden, die im Wochenbett wieder verschwanden, so möchte Verfasser unbedingt empfehlen, wo bei positiver Reaktion in der Gravidität jeder klinische Anhaltspunkt für Lues fehlt, eine nochmalige Untersuchung im Wochenbette, eventuell unter Benutzung mehrerer bereits früher erprobter Extrakte vorzunehmen. Verfasser möchte diese Fälle unter diejenigen in der Literatur niedergelegten rechnen, die bei einer Reihe von Erkrankungen (Tuberkulose, Neubildungen, fieberhafte Erkrankungen usw.) positive Reaktion ergaben, die als gemeinsames Merkmal Zellzerfall und Resorption von Zellbestandteilen haben, welche Vorgänge ja in der Gravidität vorkommen.

W. Lehmann-Stettin.

Syphilophobie und Wassermannsche Reaktion, von Hans Mühsam - Berlin. (*Ztschr. f. Krankenpflege.* 1909. Nr. 8.) „Die Heilung der Syphilophobie wird sich im einzelnen so vollziehen: 1. bei syphilitisch gewesenen Patienten wird die spezifische Behandlung bis zum Verschwinden der positiven Reaktion fortgesetzt und für drei Jahre die Fortdauer der Negativität kontrolliert, eventuell letztere immer wieder hergestellt; 2. bei nicht syphilitisch gewesenen oder nur verdächtigen Patienten, welche nie behandelt worden sind, genügt drei- bis viermalige Blutkontrolle mit negativem Resultat zum Beweis der Gesundheit. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Verwendung des Ultramikroskops zur frühzeitigen Diagnose der Syphilis, von H. W. Bayly-London. (*Lancet.* 11. Sept. 1909.) Verfasser hat in Paris den Wert des Dunkelfeldmikroskops beim Nachweis von Spirochäten an Primärsyphiliden kennen gelernt und empfiehlt unter Angabe von einigen Details der Technik seinen englischen Kollegen die Apparate von Leitz und Zeiss.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über einen Fall von aufsergewöhnlich frühzeitigem Auftreten von Hautgummata, von Oskar Müller-Recklinghausen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 28.) Mitteilung der Krankengeschichte eines 41 jährigen Mannes, bei dem vier bis fünf Wochen nach der Entstehung eines Primäraffektes Sekundärerscheinungen — Roseola und Plaques muqueuses — und weitere vier bis fünf Wochen später trotz der inzwischen vorgenommenen Quecksilberinjektionskur multiple Hautgummen auf dem behaarten Kopfe, an der Stirn, an der linken Wange und auf dem linken Handrücken auftraten. Die drei Luesstadien sind in diesem Falle also innerhalb eines Zeitraums von zehn Wochen in Erscheinung getreten. *Götz-München.*

Verdeckte Syphilisstellen, von H. Vörner-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 14.) Bei der genauen Untersuchung einer Puella publica, welche als Infektionsquelle eines vom Verfasser behandelten syphilitischen Patienten angegeben war, fand sich zunächst nichts weiter als eine blennorrhoische Erosion der Portio vaginalis uteri und gonokokkenhaltiges Cervikalsekret. Die aus der Erosionsfläche durch Abschaben erzielte Reizsekretion enthielt aber, wie bei weiterer Forschung festgestellt wurde, charakteristische Spirochäten. Eine andere an Blennorrhoe längere Zeit be-

handelte Patientin zeigte eines Tages frische luetische Erscheinungen. Die Untersuchung einer früher schon bestandenen Portioerosion ergab wiederum das Vorhandensein von Spirochäten an derselben. Ferner fand V. auch Spirochäten an dem von einer blennorrhoischen Verdickung in der Harnröhre eines Mannes gewonnenen Schabematerial. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Fiebererscheinungen in den Spätstadien der Syphilis, von O. Imhof-Bion-Deli. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 21.) An der Hand von 4 Fällen von Fiebererscheinungen im Spätstadium der Syphilis macht Verfasser darauf aufmerksam, dafs dieselben gar nicht so selten sind, und dafs bei jedem protrahierten hektischen Fieber ohne nachweisbare Organerkrankung an die Möglichkeit einer syphilitischen Ätiologie zu denken wäre. Bei dieser Gelegenheit betont Verfasser, der Plantagenarzt in Sumatra ist, den schweren Verlauf der Syphilis in den Tropen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Ein Fall von Syphilis, ähnlich der Pityriasis rubra pilaris, von Howard Fox - New York. Eine Frau von 30 Jahren wies ein miliares, papulöses Syphilid im Gesicht, am Stamm und an den Extremitäten auf, das an Pityriasis rubra pilaris erinnerte. Nach zwei Wochen wurde das Exanthem papulo - squamös und verschwand bald unter antiluetischer Behandlung. *Schourp-Danzig.*

Zwei interessante Luesfälle (Muskel-, Hoden- und Bindehautsyphilis) und aus diesen Beobachtungen gezogene Schlüsse, von M. von Zeissl-Wien. (*Münch. med. Wochenschr*, 1909. Nr. 37.) Der eine Fall betraf einen 32jährigen Patienten mit Primärsyphilid der Tonsille, bei welchem nebst sonstigen Läsionen bei dem recht hartnäckigen Verlaufe luetische Infiltrationen in der Muskulatur des Armes unter lebhaften Schmerzen hervortraten. Schliefslich erfolgte Heilung, und auch die rezidivierende Orchitis luetica heilte. Verfasser bemerkt, dafs bei Primäraffektionen im Rachenraum die Folgeerscheinungen überhaupt sehr intensiv zu sein pflegen, und dafs namentlich (wie auch in diesem Falle) viel über Kopfschmerzen geklagt wird. Der andere Fall betraf ein auf einen Schnitt mit einem infizierten Rasiermesser zurückzuführendes Syphilid der Wange mit nachfolgender spezifischer Conjunctivitis; letztere sehr refraktäre Affektion heilte nach längerer sehr energischer spezifischer Behandlung schliefslich auf Einstreuen von fein verriebenem Kalomel. Zum Kapitel der Therapie bespricht Verfasser namentlich den Nutzen der frühzeitigen Darreichung von Jodkalium und erklärt sich als Gegner der Atoxylbehandlung, welchem Mittel er keine spezifische Wirkung zuerkennt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Parasitologie der Syphilis, von Frederick G. Harris-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 10.) Zusammenfassende Übersicht der Literatur über Spirochaeta pallida und über die experimentelle Syphilisforschung.

Schourp-Danzig.

Frühdiagnose der Syphilis mittels Nachweises der Spirochaeta pallida im Dunkelfeldapparate, von Oscar Scheuer-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 34.) Beschreibung des Verfahrens und der Handhabung der Spiegelkondensoren bezw. des Plattenkondensors. *Schourp-Danzig.*

Die Anwesenheit der Spirochaeta pallida (Treponema pallidum) in den Eiern eines kongenital syphilitischen Kindes, von James McIntosh - London. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 51, Heft 1.) Die Mutter des Kindes, um das es sich hier handelte, eine Primipara, akquirierte die Syphilis in der ersten Zeit der Schwangerschaft, das Kind wurde zur rechten Zeit geboren und erschien bis zum vierten Tage nach der Geburt gesund, wo ein mehr weniger allgemeiner dunkelroter Ausschlag und dann zahlreiche Blasen an Rücken und Gesäfs auftraten; von diesem Tage an ging es mit dem Kinde abwärts und es starb 14 Tage nach der Geburt. In Leber, Milz,

Lungen, Nebennieren wurden ausgesprochene histologische Veränderungen und Spirochäten in großer Zahl, ebenso in den beiden Ovarien gefunden, welche letztere aber nur geringe histologische Veränderungen aufwiesen; die Mehrzahl der Follikel, in welchen Spirochäten gefunden wurden, zeigten keine degenerativen Veränderungen, selbst wenn zwei bis drei Spirochäten vorhanden waren. Es wäre also nicht länger mehr an der Möglichkeit zu zweifeln, daß die Spirochaeta pallida direkt durch das Ei einer syphilitischen Frau auf ihren Abkömmling übergehen kann.

Stern-München.

Luetische Gelenkerkrankungen, von W. Harttung. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 27.) Klinischer Vortrag. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Beiträge zur Röntgendiagnose der Knochensyphilis, von Friedrich-Jena. (Verhandl. Dtsch. Röntgen-Ges., V. Kongreß.) Drei Patienten mit Periostitis simplex, ossificans und gummosa, sowie Ostitis und Osteomyelitis gummosa; befallen waren Schädel- und Extremitätenknochen. *W. Lehmann-Stettin.*

Spondylitis luetica, von J. Fürész-Miskolcz. (*Gyógyászat.* 1909. Nr. 11.) Der Fall betrifft einen 33jährigen Mann, der vor zwölf Jahren als Soldat ein Ulcus penis hatte. Vor einem Jahre bekam er Ulcera luetica am Oberarm, die nach Behandlung mit Salben heilten. Vor fünf Wochen hatte er Schüttelfrost und er fühlte im Nacken, in den Schultern und in den Armen krampfhafte Schmerzen. In der Haut fühlte er ein „Ameisenlaufen". Bald trat Genickstarre auf, den Kopf hielt er nach rückwärts und schaute nach oben; ab- und seitwärts konnte er ihn nicht bewegen. Passiv kann er nur seitwärts schwer und mit Schmerzen bewegt werden. Der Tumor auf dem achten bis zwölften Rückenwirbel ist nicht schmerzhaft. In dieser peinlichen Lage konnte man Tuberkulose ausschließen. Sein Alter und die Anamnesis sprachen für Lues. Nach antiluetischer Kur war er geheilt. *Porosz-Budapest.*

Über Syphilis d'emblée und die Berufssyphilis der Ärzte, von L. Waelsch-Prag. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 17.) Die Möglichkeit einer Infizierung mit syphilitischem Virus ohne Entwicklung eines Primärgeschwürs galt früher und gilt auch heute noch bei vielen Autoren für eine Unmöglichkeit. W. schildert drei Fälle von unzweifelhafter frischer Syphilis im sog. Sekundärstadium, bei denen ein Primärgeschwür niemals bestanden zu haben scheint; alle drei betrafen Mediziner. Ferner berichtet er über eine von einem Arzt beim Operieren einer Paraphimose an einem syphilitischen Patienten durch Zerbrechen einer den Catgut enthaltenden Flasche akquirierten Infektion. Die Wunde heilte nach sofortiger Ätzung mit Höllenstein per primam, aber 2½ Monate nachher trat ein makulöses syphilitisches Exanthem hervor. Von beruflich akquirierter Lues bei Ärzten hat W. in zehn Jahren sechs Fälle gesehen. Der Verlauf war zwar nicht ungewöhnlich schwer, aber andererseits hätte bei geeigneten Vorsichtsmaßregeln in jedem Falle die Infektion vermieden werden können. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Syphilis des Magens und der Därme, von A. D. Kohn-Chicago. (*Amer. Journ. med. scienc.* Mai 1909. Nr. 446.) Seitdem Andral im Jahre 1834 zuerst über Magensyphilis berichtete, ist die Zahl der zuverlässig konstatierten Fälle immerhin noch eine äußerst beschränkte geblieben. K. verfügt über folgende zwei interessanten Beobachtungen:

Eine 60jährige Frau kam wegen gastrischer Beschwerden ernsterer Art zur Aufnahme. Anamnestisch ergab sich weiter nichts von Belang, als daß sie zwei- oder dreimal abortiert hatte. In der Pylorusgegend fand sich ein harter, knolliger Tumor, welcher als Carcinom diagnostiziert wurde. Die Patientin entzog sich der Beobachtung und stellte sich erst viele Monate später in der gleichen Verfassung wieder ein; alsdann wurde noch eine zweite Schwellung am rechten Leberrande konstatiert.

Eine energische antiluetische Behandlung wirkte im allgemeinen sehr günstig, doch nahmen die Geschwülste an Gröfse nicht wesentlich ab. Der zweite fast genau analoge Fall zeigte auch unter antisyphilitischer Behandlung ausgesprochene Besserung.

Als ein Fall von Darmsyphilis wird folgendes berichtet: Ein vor 15 Jahren infizierter 38jähriger Mann litt in den letzten drei Jahren an hartnäckiger Diarrhoe mit etwa 14 bis 15 dünnen Entleerungen täglich. Die Gegend des S. romanum war auf tiefe Palpation ungemein empfindlich. Auf intravenöse Injektionen einer 1 %igen Lösung von Sublimat trat prompt eine vollständige Heilung ein. — Unter ausführlicher Berücksichtigung der Literatur gibt Verfasser eine eingehende Besprechung des Themas in bezug auf Pathologie, Symptome und Therapie.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Verneuilsche Bursitis luetica, von J. W. Churchman-Baltimore. (*Amer. Journ. med. scienc.* Sept. 1909. Nr. 450.) C. berichtet über folgenden Fall: Eine 29jährige verheiratete Negerin mit Zeichen von alter Lues kam wegen diverser Schwellungen in Behandlung. Etwa 2½ Jahre zuvor hatte sich unter der linken Kniescheibe eine Geschwulst gebildet, welche beim Knien während ihrer Arbeit als Scheuerfrau recht schmerzhaft wurde. Indolente Schwellungen entstanden im weiteren Verlauf am rechten Knie und an der Streckseite des Olekranons beiderseits. Unter Sublimatbehandlung (0,004 ter die) besserte sich prompt der Gesamtzustand, und die Schleimbeutelschwellungen verschwanden im Laufe der Zeit wieder vollständig. Aus der Literatur gibt C. eine tabellarische Übersicht über 26 analoge Fälle und bespricht eingehend die anatomischen und klinischen Verhältnisse.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Syphilis des Herzens und Trauma, von Schröder-Altona. (*Ärzt. Sachverst.-Ztg.* 1909. Nr. 11.) Fünfzig Tage nach einem Unfall (Bruch des linken Schulterblattes und der linken vierten Rippe) ergab die Autopsie bei einem 41jährigen Manne ein grofses Gumma in der rechten Herzkammer als Todesursache. Wiewohl nach Stolper analog den Erfahrungen über syphilitische Erkrankungen der Bewegungsmuskulatur die Möglichkeit zuzugeben ist, dafs auch am Herzen spezifische Affektionen nach Kontusionen Platz greifen können, ist doch in diesem Falle ein Zusammenhang sehr unwahrscheinlich wegen der Gröfse des Gumma und des geringen Zeitraumes von 50 Tagen zwischen Unfall und Tod. Bei sonst mitgeteilten Fällen dauert es Jahre, bis sich an der betreffenden Stelle ein Gumma bildet. In diesem Falle fanden sich inmitten des Gumma schon nekrotische Herde. Über eine etwaige Wachstumsanregung eines schon vor dem Unfall bestehenden Gummas durch diesen ist in der Literatur nichts bekannt.

In diesem Sinne spricht sich auch das Urteil des Schiedsgerichtes beim Reichsversicherungsamt (5. November 1908) aus. *Arthur Schucht-Danzig.*

Adams-Stokesscher Symptomenkomplex; Gumma des Vorhofsseptum, von C. Handwerck-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 18.) Bericht über eine 35jährige verheiratete Fabrikarbeiterin mit einer auf Lues hinweisenden Anamnese und obigem Symptomenkomplex. Nach dem acht Tage nach der Aufnahme erfolgten Tode wurde ein ausgedehntes Gumma im Gebiet der Hisschen Bündel als wichtigstes anatomisches Moment aufgefunden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Arteriensyphilis, von G. Milian, (*Progrès méd.* 1909.) Bei einem 53jährigen Manne traten innerhalb von elf Jahren drei schwere arterielle Zustände auf: eine Obliteration der rechten Femoralis mit Gangrän der rechten Unterextremität, eine Obliteration der rechten Art. Sylvii mit linksseitiger Hemiplegie und eine Aortitis. Eine vorhandene abundante Albuminurie zeigte zweifellos eine Lokalisierung der Krankheit im arterio-kapillaren System der Niere an. Als sichere Ursache dieser Störungen wurde Syphilis angenommen. *Schourp-Danzig.*

Die Gefäfsveränderungen und andere histologische Erscheinungen der Hautsyphilis, von JOHN A. FORDYCE. (*Med. and surg. report. City of New York Dept. of public charities.* 1909. Nr. 1.) Der Artikel ist bereits erschienen im *Journ. amer. med. assoc.* Bd. 49, Nr. 6 und referiert in *dieser Zeitschr.* Bd. 46, S. 51.

W. Lehmann-Stettin.

Lupus oder tertiäre Lues? Sarkom oder primäre Lues? von A. NEISSER-Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 33.) Einem 13 jährigen Mädchen gingen infolge einer fälschlich für Lupus gehaltenen tertiären Lues beide Augen und ein grofser Teil der Nase verloren. Bei der Mutter richtete die gleiche Fehldiagnose geringere Verheerungen im Gesicht an. NEISSER macht erneut auf die in zweifelhaften Fällen notwendige Tuberkulinreaktion aufmerksam, auf die Leistung der Seroreaktion bei Syphilis. Mit Recht macht er aufmerksam auf die totale Bedeutungslosigkeit eines etwaigen Fehlens von Lues in der Anamnese, sowie auf die Notwendigkeit, in jedem nicht absolut sicheren Falle eine probeweise Jodkaliumbehandlung einzuleiten. Die Unterlassung dieser ist eine schwere Unterlassungssünde des Arztes. Wer, wie Referent, ähnliche (aus der Provinz Westpreufsen stammende) Fälle in gröfserer Zahl sah, wird die Überzeugung NEISSERS teilen, dafs gerade in der Frage: Lues oder Lupus? Belehrung und Aufklärung unter den Ärzten dringend notwendig ist.

In einem anderen Falle, eine Dame betreffend, wurde wegen eines nach Probeexzision diagnostizierten Rundzellensarkoms der Portio die Totalextirpation ausgeführt. Ein bald danach auftretendes Exanthem erwies, dafs hier ein Irrtum vorlag und die Rundzelleninfiltration als Primäraffekt zu deuten war. In diesem Falle hätte die hier positive (wie nachträglich festgestellt) Seroreaktion oder probeweise Hg-Behandlung zur Diagnose verhelfen können. Die Hg-Behandlung mufs dann allerdings verläfslich und daher energisch sein. (Injektionen mit Hg. salicyl. 0,1; Kalomel 0,1, zweimal wöchentlich; 0,02—0,03 Sublimat jeden zweiten Tag,) Als Jodtherapie verordnet NEISSER: Solut. Natr. jodati 9,0/90,0, Natrii bicarbonici 18,0, Antipyrini 9,0.

D. S. dreimal täglich 5 ccm (gleich 1,5 Jodnatrium pro die) in Wasser stark verdünnt, nach der Mahlzeit. *Arthur Schucht-Danzig.*

Gumma vesicae, von J. FÜRÉSZ-Miskolcz. (*Gyógyászat.* 1909. Nr. 11.) Mit dem Cystoskop wurde in der Blase ein Ulcus entdeckt. Häufiger Harndrang, nachher stechender, brechender Schmerz, blutiger Urin waren die Wahrzeichen. Ein Tophus, auf den Hüften ein Ulcus lueticum waren die klinischen Symptome. Nach 50 Schmiertouren war er geheilt. Der Urin war klar. An Stelle des Ulcus trat eine Narbe.

Porosz-Budapest.

Über den Infektionsmodus bei der kongenitalen Syphilis, von HANS RIETSCHEL-Dresden. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 18.) Nach dem Stand der heutigen Forschung ist die Möglichkeit einer germinativen Übertragung vom Vater wie von der Mutter theoretisch zuzugeben, aber es entbehrt diese Hypothese noch jedes exakten Beweises, so dafs man praktisch auf dieselbe wohl verzichten darf. Weit wichtiger sind die Infektionen ex matre (plazentar) und die ex patre. Durch die neueren Befunde in der Syphilispathologie findet die Anschauung MATZENAUERS von der rein maternen Übertragung der Syphilis eine vollkommene Bestätigung. Die Mütter syphilitischer Kinder geben die WASSERMANNsche Reaktion in fast 100%. Verfasser untersuchte diesbezüglich zwölf Mütter kongenital-luetischer Kinder und fand stets positives Resultat; dagegen gab das Blut der Väter in drei Fällen keine Reaktion.

Die Infektion findet statt je nach der Schwere der Erkrankung der Placenta, der gröfste Teil findet während der Geburt statt. Daraus erklärt sich die Latenzzeit der postfötalen Säuglingssyphilis, weshalb diese Kinder vor dem Ausbruch ihres

Exanthems weder klinisch, noch serologisch, noch cytologisch die geringsten Zeichen der Lues darbieten. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Statistische Beiträge zur hereditären Syphilis, von J. Cassel-Berlin. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 50.) Hervorzuheben sind die Beobachtungen von Syphilis bei drei Zwillingspaaren. Bei dem einen Zwillingspaar trat die Erbsyphilis typisch auf, nur mit dem Unterschied, dafs die Symptome bei einem Kinde erst drei Wochen später — im Alter von neun Wochen — zuerst auftraten. Bei dem zweiten Zwillingspaar blieb der eine der Gemelli während der sechsmonatigen Beobachtungszeit frei von Symptomen, während der andere in der achten Lebenswoche typische Maculae und Papulae aufwies. — Bei dem dritten Zwillingspaar zeigte das eine Kind in der zwölften Woche Coryza, maculo-papulöses Exanthem und Milzvergröfserung; das andere zeigte in den ersten 1³/₄ Lebensjahren keinerlei Luessymptome. Da trat plötzlich eine Spontanfraktur der linken Tibia auf, welche die ganze Breite des Knochens betraf und bei ganz indolentem Verlaufe unter immobilisierendem Verbande und Behandlung mit Hg heilte. *Schourp-Danzig.*

Die Häufigkeit der hereditären Syphilis in Berlin, von Julius Heller. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 28.) Die Zahlen der Todesfälle an kongenitaler Syphilis in Berlin sind:

1903	103
1904	152
1905	139
1906	163
1907	175

Es starben demnach etwa 0,3 % der Säuglinge an Erbsyphilis. Die Zahl ist in Wahrheit viel zu klein, da viele Fälle unter der Bezeichnnng Lebensschwäche und Atrophie sich verbergen. Cassel berechnete den Prozentsatz der überhaupt syphilitischen Kinder auf 1,18 %.

Nach Hochsinger sinkt die Mortalität dieser Kinder von 50 % im ersten Lebensjahre auf 25 % im zweiten, auf 16 % im Alter von ein bis zehn Jahren.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Diagnose der kongenitalen Syphilis in den ersten Lebenswochen, von Le Grand Kerr-Brooklyn. (*New York med. Journ.* 24. Juli 1909.) Ohne wesentlich Neues zu bringen, fafst K. die Hauptmerkmale zusammen, welche die Diagnose der angeborenen Syphilis bedingen. Es sind das hauptsächlich die Familiengeschichte, das Aussehen des Kindes bei der Geburt und das Auftreten von Symptomen nach der Geburt. Das Aussehen des Kindes bei der Geburt hängt von mehreren Faktoren — Virulenz der Infektion und Zeit der Geburt — ab; bei vorzeitiger Geburt sind die gewöhnlichen Zeichen derselben mehr oder weniger ausgeprägt; sind bei der Geburt luetische Erscheinungen vorhanden, so bedeuten sie einen hohen Grad der Infektion, und solche Kinder leben gewöhnlich nur wenige Tage. Die Hautveränderungen bestehen in mehr oder weniger dichtstehenden Blasen usw. Die bei weitem gröfste Anzahl von Fällen ist jene, wo die Symptome erst einige Zeit nach der Geburt auftreten, und dies sind vor allem Rhinitis hartnäckiger Art (in fast jedem Falle), Anschwellung der Epiphysis der langen Knochen und speziell der Tibia und als deren Folge entweder paralytische oder spastische Störungen in den Unterextremitäten. Die einzig wichtige Veränderung innerer Organe, die in der Frühperiode der Krankheit vorhanden ist, ist Vergröfserung der Milz. Der gewöhnlichste Typus von Hautveränderung ist eine Eruption in Form flacher, rötlicher Stellen, welche um die Oberschenkel, Gesäfs und unteren Teil des Abdomens lokalisiert sind und später eine bräunliche Verfärbung annehmen. Es besteht genügend Grund, anzunehmen, dafs

auch bei der kongenitalen Syphilis die WASSERMANNsche Reaktion ebenso wie bei erworbener Form ihre grofse Bedeutung hat. Mit der Modifikation von NOGUCHI (10—15 Tropfen Blutes dem Ohr entnommen, in ein sterilisiertes Reagenzglas gegeben und fest versiegelt, ist das notwendige Material) ist ein weiterer Fortschritt für den Praktiker gegeben, und positive Reaktion bedeutet vorhandene Syphilis, negative ist jedoch ohne Bedeutung. *Stern-München.*

Untersuchungen heredoluetischer Kinder mittels der WASSERMANNschen Reaktion. Das Gesetz von PROFETA, von W. KNÖPFELMACHER und H. LEHNDORFF-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 38.) Als Ergebnis der Untersuchungen von 33 heredoluetischen Kindern berichten die Verfasser, dafs heredoluetische Kinder zur Zeit des Exanthems und noch viele Monate nach seiner Abheilung fast regelmäfsig positive WASSERMANNsche Reaktion haben. Ältere heredoluetische Kinder haben noch häufiger als Erwachsene mit akquirierter Lues im Spätstadium positive WASSERMANNsche Reaktion. Beim heredoluetischen Kinde bleibt die WASSERMANNsche Reaktion auffallend oft positiv trotz energischer Behandlung. Dafs eine antiluetische Behandlung der Mutter während der Graviditat zur Geburt eines gesunden Kindes führen kann, wird durch den negativen Ausfall der WASSERMANNschen Reaktion an einem solchen Kinde bestätigt. Syphilitische Frauen mit positiver WASSERMANNscher Reaktion können Kinder mit dauernd negativer WASSERMANNscher Reaktion gebären. Diese Kinder sind syphilisfrei, können dabei ganz gesund oder dystrophisch sein. In zwei der beobachteten Fälle haben Frauen, welche vorher eine Reihe syphilitischer Kinder geboren haben, je ein Kind geboren, welches in den ersten Lebensjahren dauernd gesund blieb und doch positive WASSERMANNsche Reaktion hatte. Die beiden Kinder sind als latent syphilitisch anzusehen. Ihr Verhalten bezüglich der WASSERMANNschen Reaktion spricht dafür, dafs das Gesetz von PROFETA auf latenter Syphilis der Kinder beruht.

Schourp-Danzig.

Die Bedeutung der Serumdiagnostik für die kongenitale Lues, von MAX JOSEPH-Berlin. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 50.) J. bringt Beispiele aus seiner Praxis, aus denen hervorgeht, wie die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf kongenitale und akquirierte Syphilis bei Kindern durch den positiven Ausfall der WASSERMANNschen Reaktion erhärtet wurde.

Anhangsweise empfiehlt J. in der Zeit zwischen den grofsen Kuren bei älteren Kindern die Anwendung von Capsulae geladuratae mit Quecksilberjodid-Jodkalium — Hg bijodat. 0,002 und Kalii jod. 0,2—, wovon dreimal täglich eine Kapsel zu nehmen ist.

Schourp-Danzig.

Die Prophylaxe der interstitiellen Keratitis, von H. GIFFORD-Omaha. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 1.) Der Verfasser fordert mehr Aufmerksamkeit auf die Feststellung hereditärer Syphilis bei Vorhandensein interstitieller Keratitis; er weist auf die HUTCHINSONschen Zähne, auf die von FOURNIER und DARIER aufgestellten Zahntypen hereditärluetischer Kinder hin und verlangt sorgfältiges Beachten dieser Erscheinungen, welche die Einleitung spezifischer Behandlung erheischen.

Schourp-Danzig.

Die Dystrophien der Zähne bei hereditärer Syphilis, von JEANSELME. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 38.) Unter den Erscheinungen der Syphilis hereditaria tarda nehmen nach J. die Dystrophien der bleibenden Zähne den ersten Rang ein; sie treten in verschiedenen Formen auf, die aber nicht alle gleich charakteristisch sind. Sichere Zeichen hereditärer Syphilis sind nur die HUTCHINSONschen Zähne und die Atrophie der Zacken (Höcker) der Molaren, besonders des ersten Molaris.

Götz-München.

Hemiplegie durch Arteriitis cerebralis bei Hereditärsyphilitischen, von Capezuoli. (*Riv. crit. de Clin. med.* Bd. X, Nr. 31.) Enthält eine Übersicht über die betreffende Arbeit von Savy in der *Revue de Médicine* Nr. 3. *Haas-Hamburg.*

Die Pathologie der Syphilis des Nervensystems nach den Ergebnissen der neuesten Forschungen, von F. W. Mott - London. (*Brit. med. Journ.* 20. und 27. Febr. 1909.) In der ersten dieser drei Vorlesungen geht M. auf die Morphologie und die Biologie der Spirochaeta pallida ausführlich ein und schildert die Ergebnisse seiner versuchsweise angestellten Untersuchungen über die Schlafkrankheit und der neueren Forschungen über Durine und das Trypanosoma equiperdum, namentlich unter Berücksichtigung der anatomischen Veränderungen in der Histologie des Nervensystems. M. stimmt auch der Auffassung bei, dafs es sich bei der Spirochaeta pallida um ein Protozoon handelt. Ferner schildert er detailliert die Wassermann-Brucksche Reaktion, welche er ausgiebig angewandt hat, und bespricht die Bedeutung der Lipoide im menschlichen Körper. An einer interessanten Reihe von klinischen Beobachtungen schildert M. ferner die Beziehungen zwischen Lues und Tabes und Dementia paralytica sowohl bei der akquirierten wie bei der hereditären Infektion. Die Wirkungslosigkeit der antisyphilitischen Behandlung bei diesen parasyphilitischen Erkrankungen ist, wie M. durch eine Besprechung der anatomischen und klinischen Erscheinungen zeigt, vollkommen begreiflich und kann als ein stichhaltiger Einwand gegen den ätiologischen Zusammenhang durchaus nicht akzeptiert werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Klinische Diagnose syphilitischer Erkrankungen des zentralen Nervensystems, von Max Nonne-Hamburg. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 4.) Bei Paralyse findet sich Lymphocytenvermehrung, Globulinvermehrung, Wassermannsche Reaktion im Blutserum und in der Cerebrospinalflüssigkeit. Für Tabes sind kennzeichnend Lymphocytenvermehrung, Globulinvermehrung und Wassermannsche Reaktion im Blutserum; dasselbe gilt für cerebrale und cerebrospinale Syphilis. Für die Differentialdiagnose zwischen cerebrospinaler Syphilis und Hirntumor ohne syphilitische Vergangenheit ist die Wassermannsche Reaktion von grofsem Werte.

Bei Pseudotabes alcoholica ohne syphilitische Vorgeschichte fehlen die vier Reaktionen ganz. *Schourp-Danzig.*

Über Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit und deren Resultate bei Nervenerkrankungen, die auf syphilitischem Boden entstehen, von Jan Nelken. (*Przeglad lekarski.* 1909. Nr. 20.) Referat über den Wert der chemischen und cytologischen Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit nach Nonne.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Diagnose der Syphilis des Nervensystems, von F. W. Mott - London. (*Brit. med. Journ.* 12. Juni 1909.) Gibt eine klare Darstellung des Gegenstandes auf Grund der neuesten wissenschaftlichen Fortschritte; berichtet über eine 34jährige Patientin mit tabischen Erscheinungen, bei welcher die Lumbalpunktion 390 Lymphocyten im Kubikzentimeter Lumbalflüssigkeit ergab und zur Durchführung einer von bestem Erfolg begleiteten Schmierkur Anlafs gab. Des weiteren werden kurz, aber deutlich die differentialdiagnostischen Momente dargelegt in bezug auf Neurasthenie, Pseudoparalysis progressiva (diffuse syphilitische Gehirnerkrankung), Arteriosklerose, chronischen Alkoholismus, die alkoholische polyneuritische Psychose (Korsakowsche Krankheit), Dementia praecox, multiple Herdsklerose, Gehirntumoren und Dementia paralytica. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Behandlung der akuten syphilitischen Meningitiden, von André Moignet. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 39.) Zur Milderung der funktionellen Störungen und besonders der Kopfschmerzen bei akuten syphilitischen Meningitiden dient die Lumbalpunktion, die gleichzeitig auch eine sehr empfehlenswerte aktive Lokaltherapie er-

möglicht. M. hat nämlich in zwei Fällen in den Rückenmarkskanal, nachdem eine genügende Menge Liquor cerebrospinalis entfernt worden war, 5 ccm einer (wie starken? Ref.) Lösung von Hydrargyrum colloidale injiziert und damit sehr gute Erfolge erzielt; er macht allerdings auch darauf aufmerksam, dafs die Einspritzungen Erbrechen, Schmerzen in der Kreuzbeingegend und im Verbreitungsgebiet der Sakralnerven, Kopfschmerzen, Pulsbeschleunigung, Temperatursteigerung und komplette Harnverhaltung hervorrufen können, doch gehen die Erscheinungen im Verlaufe weniger Stunden zurück, nur die Retention kann bis zu 48 Stunden andauern. Die lumbale Quecksilberinjektion ist gleich zu Beginn der akuten syphilitischen Meningitis vorzunehmen; die aufserdem nötige Quecksilberkur kann in irgendeiner Form durchgeführt werden. Jodgebrauch ist wirkungslos. *Götz-München.*

Ein interessanter Fall von Gehirnsyphilis, von Bertoli. (*Riv. crit. di Clin. Med.* X, Nr. 35.) Die Symptome wiesen auf ein Gumma des rechten motorischen Rindenzentrums und wurde die Diagnose durch den Erfolg der antisyphilitischen Therapie bestätigt. *Haas-Hamburg.*

Trauma und Lues cerebri, von Eduard Schwarz-Riga. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 21.) Bei einem Kranken wurde in Anschlufs an ein die eine Augengegend betreffendes Trauma Erblindung auf diesem Auge, Kopfschmerzen, Schlafsucht festgestellt. Aufserdem waren Symptome einer Basisfraktur vorhanden. Patient hatte früher eine fast unbehandelte Lues. Keine Lymphocytose der Lumbalflüssigkeit, keine Nonne-Apeltsche, aber positive Wassermannsche Reaktion. Diese Befunde sprächen gegen Hirnlues.

Die Anamnese ergab aber, dafs der Kranke schon seit einem Jahre an den Augen gelitten hat und vor dem Fall von einem Schwindel ergriffen wurde. Er fiel also, weil er krank war. Die Schädelfraktur führte nur eine Verschlimmerung herbei. Die Diagnose ist Lues cerebri.

Der Fall zeigt, dafs leider noch keine für alle Fälle ausschlaggebende Reaktion vorhanden ist. Er soll ferner ermahnen, stets an die Möglichkeit zu denken, dafs eine kurz nach einem Trauma aufgetretene Hirnlues nicht nur Folge, sondern auch Ursache des Trauma gewesen sein kann. *Arthur Schucht-Danzig.*

Partielle kontinuelle Epilepsie bei Hirnsyphilis, von William G. Spiller und Edward Martin-Philadelphia. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 24.) Bei einem 22 jährigen Manne mit Syphilis traten epileptische Anfälle mit Facialisparese auf; die Erscheinungen traten nur auf der rechten Körperseite auf, welche eine Schwäche zurückbehielt. Jod- und Quecksilberbehandlung blieb ohne Einwirkung. Es wurde ein operativer Eingriff vorgenommen, bei dem im Arm- und Facialiszentrum Gummata gefunden wurden. *Schourp-Danzig.*

Ein kasuistischer Beitrag zur Diagnose der Hirnsyphilome, von Frotscher und Becker-Weilmünster (Taunus). (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 29.) Bei diesem sehr interessanten Fall kam gegenüber Hirnsyphilomen anfangs differentialdiagnostisch in Betracht: 1. Encephalopathia saturnina, 2. multiple Sklerose, 3. progressive Paralyse. Anfangs wurde von anderer Seite multiple Sklerose angenommen auf Grund von: Stauungspapille mit Atrophie, Spasmen, ataktischem Gang, Steigerung der Reflexe, + Babinski, — Mendel, wechselndes Verhalten der Bauchdeckenreflexe, Blasenstörung.

Gegen Hirnsyphilis sprach damals die Erfolglosigkeit der Inunktionskur.

Die Diagnose einer vorhandenen Lues wurde den Autoren durch ein interkurrentes Rachenulcus sichergestellt. Gegen multiple Sklerose sprach ihnen die Stauungspapille (nach Halben hierbei sehr selten), das Fehlen des Intentionszitterns, besonders die völlige Herstellung der Intelligenz, welche bei multipler Sklerose je länger um so mehr

gestört wird. Für Hirnsyphilis sprach die mit gleichzeitig erhöhtem Muskeltonus einhergehende Reflexerregbarkeit der unteren Extremitäten.

Referent nimmt im Anschlufs an die erwähnte Erfolglosigkeit der ersten Schmierkur Veranlassung, auf die in Neurologenkreisen vielfach vorhandenen Vorurteile gegen die Hg-Injektionsbehandlung hinzuweisen. Bei einer gehörigen Kalomelinjektionstherapie wäre vielleicht in diesem Falle die Diagnose eher geklärt worden.

Arthur Schucht-Danzig.

Syphilis cerebro-medullaris. Meningo-Myelitis incipiens und Meningitis der Basis. Akustikus- und Optikusstörungen. Aufsergewöhnlicher Hautakustikusreflex, von J. de Azua. (*Revista clin. de Madrid.* 1909. Nr. 13.) Ein 32jähriger Tagelöhner hatte sieben Jahre nach einer schlecht behandelten Lues (eine Schmierkur und Pillen) in allmählich steigendem Mafse fronto-occipitale Kopfschmerzen, Somnolenz, cerebrales Erbrechen, Schwäche der unteren Extremitäten, besonders links, sowie Paraesthesien in denselben bekommen. Die Hals- und Brustwirbel waren auf Druck schmerzhaft. Es stellte sich Doppelsehen ein mit Herabsetzung der Sehschärfe (Neuritis optica, homonyme Diplopie mit parallelen, horizontalen Bildern). Auf den Ohren stellte sich rechts mehr als links Verschlechterung des Hörens ein mit starken pfeifenden Spontangeräuschen, die beim Kauen viel stärker waren. Geräusche von aufsen, Sprechen usw. sind ihm äufserst unangenehm. Aufserdem hat er ein merkwürdiges Reflexphänomen. Streicht man eine markstückgrofse Stelle, die sich unterhalb des Processus mastoideus befindet und der Ausbreitung des Ramus auricularis des Plexus cervicalis superficialis entspricht, leicht mit dem Finger, so hört der Kranke auf der entsprechenden Seite ein starkes Getöse. Azua erklärt diesen Reflex folgendermafsen entstanden: centripetal durch den Ramus auricularis des Plexus cervicalis, centrifugal entweder auf dem Wege des N. maxillaris inferior zum Muskel des Hammers oder durch Reizung der Kerne des Auditivus, vielleicht seines Ramus cochlearis. Die übrigen Gehörstörungen sind wahrscheinlich durch Neuritis des N. auditivus, die übrigen Körperläsionen durch syphilitische Veränderungen am Chiasma und dem interpedunkulären Raum bedingt. Eine sehr energische Merkurialbehandlung in Verbindung mit Jod verbesserte die Symptome nur wenig. *Gunsett-Strafsburg.*

Verschiedenes.

Eine neue Sterilisierungsmethode der Haut bei chirurgischen Operationen, von Antonio Grossich. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 48.) Anstatt die Haut durch Wasser, Seife und Bürste zu reinigen und dann erst zu desinfizieren, wird jede Art von Waschung unterlassen und die Haut nur mit Jodtinktur bestrichen, nachdem sie zuvor trocken rasiert ist. Autor verteidigt die klinisch stärkere Wirksamkeit dieser Desinfektionsmethode, welche auch schon von anderer Seite, aber nie zu so systematischer Anwendung empfohlen sei. *Arthur Schucht-Danzig.*

Anwendung des Jods als Sterilisationsmittel der Haut bei chirurgischen Eingriffen, nach Grossich, von B. Schiassi (Med. chir. Gesellschaft von Bologna 28. März 1909.) Empfiehlt die Einpinselung des Operationsfeldes mit einer alkoholischen Lösung von Jod, 1 : 12, zur Erreichung einer sicheren Prima intentio.

Haas-Hamburg.

Das Chemische Institut Dr. Horowitz, Berlin, hat von mir die Erlaubnis erhalten, Sonderabdrücke der Abhandlung über Gelonida-Tabletten von Dr. med. Dreuw aus Heft 2, Band 50 der Monatshefte für praktische Dermatologie anzufertigen und diese gemeinsam mit andern Sonderabdrücken zu verbreiten. Nun wird von der Firma Goedecke & Co., Chemische Fabrik, Leipzig und Berlin, eine Sammlung von Anzeigen und Sonderabdrücken, darunter die genannte Abhandlung von Dr. Dreuw, versandt; das Ganze in einem Umschlag, der den Umschlag meiner Sonderabdrücke aus den Monatsheften für praktische Dermatologie nachahmt, wodurch der Anschein erweckt wird, der gesamte Inhalt sei ein Sonderabdruck aus den Monatsheften. Die Firma hat sich erlaubt, nicht nur den Titel meiner Zeitschrift nachzuahmen, sondern druckt sogar auch meine Firma auf dem Umschlag ab. Um Mißverständnissen vorzubeugen, bringe ich das Vorgehen der Firma Chemische Fabrik Goedecke & Co., Leipzig und Berlin, hierdurch zur Kenntnis der Leser der Monatshefte für praktische Dermatologie. Gegen das gesetzwidrige Vorgehen der Firma behalte ich mir natürlich weitere Schritte vor.

Hamburg, März 1910.

Leopold Voss.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 50. | №. 3. | 1. Februar 1910.

Aus Prof. Unnas Dermatologicum.

Zur Chemie der Haut.
V.

Von

P. G. Unna und L. Golodetz.

Mit einer Farbentafel.

Das Eigenfett der Hornschicht.

Zu den auffallendsten Erscheinungen, die unmittelbar mit dem Prozeſs der Verhornung verknüpft sind, gehört die tiefe Schwärzung der basalen Hornschicht durch Osmiumsäure (Überosmiumsäure, OsO_4). Diese Kenntnis stammt schon von Langerhans[1] (1873) und der „schwarze Rahmen" auf den Schnitten der Fuſssohlenhaut, der durch Einlegen derselben in Osmiumlösungen entsteht (s. Fig. 1 sr), hat seither in allen Diskussionen über Verhornung und Hautfett eine Rolle gespielt. Bereits die ältesten Untersucher (Langerhans, Unna, Hans Gierke) haben angenommen, daſs es sich bei dieser Schwärzung um die Entstehung eines Reduktionsproduktes der Osmiumsäure handelt, ohne über die chemische Natur desselben sich genauere Vorstellungen zu machen. Nur die Tatsache, daſs Osmiumsäure bei der Schwärzung des Gewebes wirklich reduziert wird, stand zweifellos fest, als man fand,[2] daſs diese Schwärzung durch Eintauchen des Gewebes in Wasserstoffsuperoxyd unter Auftreten des Geruches nach Osmiumsäure wieder verschwindet. Auch gelingt es bekanntlich bis zu einem gewissen Grade, die Osmiumniederschläge unserer Standgefäſse durch Wasserstoffsuperoxyd wieder in Osmiumsäure überzuführen.

Ebenso war es niemals einem Zweifel unterworfen, daſs besonders Fette diese Eigentümlichkeit besitzen, Osmiumsäure zu reduzieren und

[1] Langerhans, „Über Tastkörperchen und Rete Malpighi." *Arch. f. mikroskop. Anat.* Bd. 9, S. 737.

[2] Unna, „Histologische Verwendung des Wasserstoffsuperoxyds." *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888. S. 31.

dafs in der Haut jedenfalls die Hauptmasse der durch Osmium geschwärzten Elemente aus Fett besteht. Dagegen war die Frage Gegenstand einer lebhaften Diskussion, welchen Fetten und Fettderivaten diese Eigenschaft zukomme.

Altmann[3] prüfte die verschiedenen Fettsäurederivate auf ihr Verhalten der Osmiumsäure gegenüber. Er kommt zu dem Resultat: „Das Osmium ist mithin nicht ein Reagens auf Fette im allgemeinen, sondern nur auf freie Ölsäure und Oleïn."

Starke[4] unterscheidet Fettkörnchen, welche Osmiumtetraoxyd direkt reduzieren und solche, die in der Osmiumlösung nur gelb bis braun werden, bei nachfolgender Behandlung mit Alkohol aber ebenfalls schwarz werden. Den einen kommt die Fähigkeit der Reduktion zu (Fett-Osmiumreduktion), den anderen nur die Fähigkeit der Bindung ohne primäre Reduktion. Fett-Osmiumreduktion sieht Starke gleich Altmann nur bei Ölsäure und Oleïn eintreten; Alkohol-Osmiumreduktion beobachtete er bei Stearin- und Palmitinsäure. Auf Grund dieser Beobachtungen glaubt er auf das Verhalten des Fettgranulums einer Osmiumlösung gegenüber einen Schlufs auf die chemische Natur (ob Oleïn, oder Ölsäure einerseits, oder Palmitin, Stearin, oder die betreffenden Säuren andererseits) ziehen zu dürfen. „Für die Mikrochemie des Fettes wäre somit das Osmiumtetraoxyd das Reagens par excellence."

Handwerck[5] prüfte das Verhalten der Osmiumsäure gegenüber sehr reiner Ölsäure, Palmitinsäure und Stearinsäure sowie Tripalmitin und Tristearin und fand eine Reduktion nur bei Ölsäure. Eine Nachprüfung von Starkes Versuch über die sekundäre Osmierung der Stearin- und Palmitinfette führte zu einem vollständig negativen Ergebnis. Handwerck suchte zunächst den Grund für die Schwärzung im Aggregatzustand der Fette, da er, ebenso wie Unna[6] beobachtet hatte, dafs auch Palmitin und Stearin im geschmolzenen Zustande von Osmiumsäure geschwärzt werden. Andererseits blieb ein zum Erstarren gebrachter Tropfen Ölsäure bei Gegenwart von Osmiumsäure ungeschwärzt. Jedoch verläfst Handwerck diese Erklärung und kommt zu dem Schlusse: „Chemisch reine Palmitin- und Stearinsäure vermögen OsO_4 nicht zu reduzieren. Wenn eine Schwärzung dieser Säuren sich zeigt, so liegt das an einer Verunreinigung der Ölsäure, von der sie schwer getrennt werden können." Dafs die mit Ölsäure verunreinigten Präparate nur in flüssigem Zustand schwarz werden, erklärt Handwerck folgendermafsen: „Die Osmiumlösung kann in die festen Körper nicht eindringen, die minimalen Ölsäureteilchen, welche am oberflächlichsten liegen, genügen nicht, auch wenn sie geschwärzt werden sollten, eine wahrnehmbare Schwärzung hervorzurufen. Bei der Verflüssigung kommen dagegen alle Ölsäureteilchen mit der Osmiumsäure in Berührung."

Auch wir haben das Verhalten der reinen Ölsäure, Palmitinsäure, Stearinsäure und des Stearins gegenüber Osmiumsäure untersucht und ge-

---

[3] Altmann, R., „Die Elementarorganismen und ihre Beziehungen zu den Zellen." Leipzig, Veit & Comp., 1890. S. 116.

[4] Starke, J., „Über Fettgranula und eine neue Eigenschaft des Osmiumtetraoxydes." *Arch. f. Physiol.* 1895. S. 70.

[5] Handwerck, „Beiträge zur Kenntnis vom Verhalten der Fettkörper zu Osmiumsäure und zu Sudan." *Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie u. mikroskop. Technik.* 1898. Bd. XV, S. 177.

[6] Unna, Der Nachweis des Fettes in der Haut durch sekundäre Osmierung. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1898. Bd. 26, S. 601.

funden, daſs nur Ölsäure rasch und intensiv geschwärzt wird, während die gesättigten Säuren (Stearinsäure und Palmitinsäure) nur langsam und sehr schwach gebräunt werden.

Die besondere Reaktionsfähigkeit der Ölsäure lieſs vermuten, daſs dieselbe diese Fähigkeit ihrem ungesättigten Zustand zu verdanken hat. Wir machten daher folgenden Versuch:

Ein Gramm Ölsäure wurde in Chloroform gelöst und solange mit Brom in Chloroformlösung versetzt, bis eine bleibende Rötung des Gemisches entstand. Darauf wurde das Chloroform abgedampft, der Bromüberschuſs verjagt und der Rückstand, der das Bromadditionsprodukt der Ölsäure in Form einer braunen öligen Masse darstellt, getrocknet. Dieses Produkt der Ölsäure, welches nicht mehr ungesättigt ist, gibt mit Osmiumsäure nicht die mindeste Schwärzung. Ebenso verhalten sich mit Ölsäure verunreinigte Stearinsäure und Palmitinsäure, wenn man die in ihnen vorhandenen Beimengungen von Ölsäure mit Brom in derselben Weise absättigt; sie zeigen bei Osmiumbehandlung keine Spur von Schwärzung.[7] Dieser Befund läſst keinen Zweifel darüber, daſs die Reduktion der Osmiumsäure nur mit einer ungesättigten Fettsäure möglich ist und daſs die allgemein bekannte Schwärzung der Fette durch Osmiumsäure nur auf die Anwesenheit von Ölsäure zurückzuführen ist.

Ölsaures Natrium (Seife), dargestellt durch Neutralisation von Ölsäure mit Natronlauge, reagiert genau so wie Oleïn oder Ölsäure. Das ist leicht erklärlich, weil das Ölsäureradikal im Natriumsalz ungesättigt bleibt.

Alle bisherigen Untersuchungen haben mithin als einwandfrei nur das eine Resultat ergeben, daſs als Grund einer intensiven und raschen Osmiumschwärzung lediglich die freie Ölsäure oder eine Ölsäureverbindung in Betracht kommt.

Ehe wir dieses Schluſsergebnis auf die Vorkommnisse in der Haut übertragen, müssen wir uns aber doch fragen, ob es auſser Fetten und Fettsäuren nicht noch andere Körper gibt, welche Osmiumsäure zu reduzieren vermögen und in der Haut vorkommen. Wir wissen aus einer früheren Arbeit über das Reduktionsvermögen der Hautelemente,[8] daſs gerade in der Hornschicht, wo die Osmiumschwärzung kulminiert, auch die Reduktion von Kalipermanganat, Eisenoxydsalzen und Nitrochrysophansäure am stärksten ausgeprägt ist, in der basalen Hornschicht. Bei diesen Versuchen konnte die Mitwirkung von Fettsäuren nicht in Betracht kommen, da sie an Schnitten angestellt wurden, die aus durch die Celloidineinbettung entfetteten Hautstücken stammten. Wir konnten auch nach-

[7] Wenn man ein kleines Stück Fettgewebe einige Zeit in Bromwasser legt, so verliert es ebenfalls gänzlich die Fähigkeit, durch Osmiumsäure geschwärzt zu werden.

[8] Golodetz und Unna, Zur Chemie der Haut, III. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1909. Bd. 48, S. 149.

weisen, daſs von den in Betracht kommenden Komponenten des Eiweiſses nur das Tyrosin eine genügend starke Reduktionswirkung besitzt, um diese Reduktionswirkungen der Hornschicht zu erklären. Unser Augenmerk muſste daher bei der Frage der Osmiumschwärzung auch auf Osmiumsäure reduzierende Eiweiſskomponenten gerichtet sein.

Wir prüften daher die dort genannten, uns in reiner Form zu Gebote stehenden Amidosäuren: Glycocoll, Glutaminsäure, Asparagin, Alanin, Phenylalanin, Cystin, Leucin und Tyrosin auf ihr Verhalten gegen Osmiumsäure. Keine derselben ist imstande Osmiumsäure zu reduzieren, insbesondere vermögen es auch nicht Tyrosin und Leucin, die in der Hornschicht reichlich vorkommen.

Ebenso wie diese Eiweiſskomponenten haben wir auch die drei Eiweiſsarten, welche die Hornschicht zusammensetzen: Keratin A, Keratin B und die Hornalbumosen auszuschlieſsen, da sie mit Osmiumsäure keine Schwärzung ergeben.

Bei letzteren Versuchen tritt aber eine Erscheinung auf, welche für die Deutung der Osmiumbilder überhaupt von Wichtigkeit ist. Die drei Horneiweiſse färben sich nämlich mehr oder minder gelbgrün, und zwar die Keratine mehr gelb, die Albumosen mehr grün. Dieselbe olivengrüne Färbung ist nun bekanntlich in jedem osmierten Hautschnitte der Stachelschicht (s. Fig. 1 st) und ihren Produkten (Stachelschicht des Haarbalgs, Knäueldrüsen) und überhaupt dem Protoplasma eigen. Die Osmiumsäure besitzt also nicht nur das Vermögen, die Ölsäure und ihre Verbindungen zu schwärzen, sondern auch die bisher, wie es scheint, nicht genügend studierte Eigenschaft, mit dem Protoplasma eine gelbgrüne Verbindung einzugehen. Diese Verbindung ist natürlich nicht Folge einer Reduktion der Osmiumsäure, die immer zu braunen und schwarzen Produkten führt. Sie muſs also eine einfache Verbindung der Osmiumsäure mit dem Eiweiſs des Protoplasmas darstellen. Diese Schluſsfolgerung wird sofort bestätigt, wenn wir den durch Osmiumsäure gelbgrün gefärbten, weil vorher entfetteten Schnitt in eine stark reduzierende Flüssigkeit, z. B. in Pyrogallollösung bringen. Dann nimmt nämlich das vorher grüne Protoplasma den bekannten braunschwarzen Ton an, zum Beweise, daſs an den gelbgrün gefärbten Stellen Osmiumsäure in nicht reduziertem Zustande tatsächlich vorhanden war.

Wir haben mithin strenger als es bisher der Fall war eine Osmiumsäureverbindung zu unterscheiden von einer Osmiumsäurereduktion. Erstere gibt eine gelbgrüne, letztere eine braunschwarze Färbung. Die drei Horneiweiſse geben nur die erstere. Damit scheint es uns ausgeschlossen zu sein, daſs die Osmiumschwärzung durch das Eiweiſs der Hornschicht hervorgerufen wird.

Wir müssen daher doch schlieſslich wieder zu einem Ölsäuregehalt

der Hornschicht als einziger Möglichkeit der Erklärung zurückgreifen. Also zeigt auch der altbekannte „schwarze Rahmen" der Osmiumschnitte das Vorhandensein der Ölsäure oder einer Ölsäureverbindung in der Hornschicht an.

Wie ist aber dann das plötzliche, gänzlich unvermittelte Auftreten der Ölsäure in einer bestimmten Lage der Hornzellen zu erklären? Die noch unverhornten Körnerzellen zeigen keine Spur dieser Ölsäureschwärzung, und auch die ganze Stachelschicht zeigt sich bis auf einige Zellen der basalen Stachelschicht, welche Fettkörnchen enthält, frei von ihr. Ja, noch mehr, auch die untersten basalen Hornzellen zeigen sie nicht. Wir erinnern daran, daſs Ranvier in der ersten Auflage seines Lehrbuchs der Histologie den schwarzen Rahmen direkt über der Körnerschicht beginnen lieſs, daſs er aber, als ihm nachgewiesen[9] wurde, daſs noch eine Lage von ein bis zwei Zellenbreiten über der Körnerschicht (an der Fuſssohlenhaut) von der Schwärzung frei bleibt, in der zweiten Auflage diese besondere, unterste, nicht schwärzbare Lage der Hornschicht anerkannte und bestätigte. Wir wollen diese jetzt eine gewisse Bedeutung beanspruchende Zellenlage zum Unterschied von der übrigen basalen Hornschicht, zu der sie bisher gerechnet wurde, die infrabasale Hornschicht nennen (s. Fig. 1 if). Wir wissen also ganz genau, daſs die Ölsäure in der Hornschicht unmittelbar auftritt, nachdem die Verhornung der Stachelzelle in der infrabasalen Hornschicht bereits vollendet ist.

Das Fett der Hornschicht gibt uns mithin jetzt noch ein ebensolches Rätsel auf, wie in älteren Zeiten die basale Hornschicht überhaupt. Zur Zeit, als Langerhans schrieb, hielt man es allgemein für möglich, daſs die basale Hornschicht, damals stratum lucidum genannt, gar nicht aus den darunter liegenden Stachelzellen hervorginge, sondern eine Bildung eigener Art sei, die Schrön sogar aus den Knäueldrüsen ableiten wollte. Auch hier stand man vor der paradoxen Erscheinung, daſs mitten in einer einheitlichen Zellschicht eine scharfe mikroskopische Grenze auftrat. Nun hat bekanntlich doch die Folgezeit nachgewiesen, daſs die Stachelzelle durch das Stadium der Körnerzelle in die basale Hornzelle übergeht, so verschieden auch das Aussehen und die tinktoriellen Eigenschaften beider sind. In analoger Weise könnte heute noch jemand die Behauptung aufstellen, das plötzliche Auftreten der Ölsäure in der basalen Hornschicht berechtige zur Annahme, daſs die Ölsäure von anderswoher, z. B. aus den Knäueldrüsen, in die basale Hornschicht sich ergieſse. Aber auch diese Vorstellung wäre ebenso unhaltbar wie die heterogene Ent-

[9] Unna, „Entwicklungsgeschichte und Anatomie." *Ziemssen, Handbuch d. speziell. Pathol. u. Ther.* 1883. Bd. XIV.

stehung der ganzen basalen Hornschicht. Denn die Ölsäureschwärzung der basalen Hornschicht ist eine durchaus gleichmäßsige, auf eine genaue Anzahl von Zellenbreiten abgestimmte, die durchaus nicht etwa an Stelle des Schweifsporendurchtritts ein Maximum und an den Stellen dazwischen ein Minimum der Schwärzung aufweist. Der durch Ölsäure bedingte schwarze Osmiumrahmen der Fufssohlenhornschicht beweist also mit Sicherheit, dafs wir in der Hornzelle selbst eine Quelle der Ölsäurebildung vor uns haben.

Diese Quelle der Ölsäurebildung kann histologisch nur in einer Substanz gesucht werden, welche bereits innerhalb der Stachelzelle, Körnerzelle oder der nicht osmierbaren, infrabasalen Hornzelle vorhanden ist. Die Ölsäurebildung selbst stellt sich dann dar als eine Umwandlung dieser noch nachzuweisenden Substanz infolge der Verhornung der dieselbe enthaltenden Zellen.

Als solche Substanzen kommen natürlich in erster Linie alle Körper in Betracht, von welchen man einen chemischen Zusammenhang mit der Ölsäure sich denken könnte. Wir haben oben nachgewiesen, dafs es Fette gibt, welche in reinem Zustande die Osmiumreaktion nicht zeigen, z. B. Palmitin und Stearin. Speziell Stearinsäure hat dieselbe Anzahl Kohlenstoffatome wie Ölsäure und unterscheidet sich von derselben nur durch ein Minus von zwei Wasserstoffatomen. Es wäre daher denkbar, dafs in der Stachelschicht, welche nicht durch Osmiumsäure geschwärzt wird, Stearinsäure enthalten sei, welche durch Oxydation in der basalen Hornschicht in Ölsäure verwandelt würde. Diese Hypothese ist jedoch aus verschiedenen Gründen ganz unwahrscheinlich. Zunächst ist zu bedenken, dafs in der Natur Stearinsäure beständig von Ölsäure begleitet wird und nirgends rein anzutreffen ist. Infolgedessen wäre es in hohem Grade unwahrscheinlich, sie in der Stachelschicht rein anzutreffen, zumal da die Subcutis stets grofse Mengen von Oleïn beherbergt. Aber auch abgesehen hiervon gibt die Chemie keine Stütze für eine solche Umwandlung. Wohl kommt eine Umwandlung von Ölsäure in Stearinsäure zustande, und zwar durch die Einwirkung sehr eingreifender Mittel; der umgekehrte Prozefs ist aber bisher durchaus nicht bekannt. Aufserdem würde eine Entstehung der Ölsäure aus Stearinsäure das Vorhandensein einer Oxydation voraussetzen, während gerade innerhalb der verhornenden Zelle Reduktionsprozesse eher zu vermuten sind.

Eher schon könnte man an eine Beziehung der Ölsäure zum Cholesterin denken, da jedenfalls freies Cholesterin mit Sicherheit in der Stachelschicht nachgewiesen ist und eine Reduktion dahin führen müfste. Aber auch hier ist bisher nur der umgekehrte Weg, nämlich die Umwandlung von Ölsäure in Cholesterin, tatsächlich als möglich hingestellt. Lifschütz fand nämlich, dafs bei der Oxydation der Ölsäure mit Kaliumpermanganat

eine geringe Menge Cholesterin entsteht, die er sowohl durch die LIEBERMANNsche Cholestolreaktion wie auch spektroskopisch nachwies.[10] Dagegen weiß man bis jetzt von einer Bildung der Ölsäure aus Cholesterin nichts.

Man könnte nun auf die Idee kommen, daß die Ölsäure schon als solche in der Stachelschicht vorhanden sei, aber in der Form einer Verbindung und aus dieser erst in der basalen Hornschicht abgespaltet werde. Aber auch dieses kann für unsere Frage nicht in Betracht kommen, da alle Verbindungen der Ölsäure (Seifen) sich durch Osmiumsäure ebenso schwärzen wie die Ölsäure selbst.

So bleibt schließlich doch wohl nur die Möglichkeit übrig, die plötzlich auftretende Ölsäure aus den Eiweißsubstanzen der verhornenden Zelle abzuleiten. Nun ist bekanntlich in neuerer Zeit die früher auf Grund pathologischer Verfettung allgemein angenommene Theorie der Fettentstehung aus Eiweiß in Mißkredit gekommen. Man glaubt vielmehr, daß, wo Eiweiß Fett liefert, dieses auf dem Umwege eines Kohlehydrats geschieht, weil die Formel der Kohlehydrate dem Chemiker leichter einen Übergang zum Fette möglich erscheinen läßt als die der Eiweißkomponenten. Wir mußten daher der Frage näher treten, ob vielleicht in der Stachelschicht oder den Übergangszellen zwischen ihr und der Hornschicht ein Kohlehydrat nachweisbar ist. Da unter den Kohlehydraten wieder das Glykogen durch gute tinktorielle Eigenschaften ausgezeichnet ist, richteten wir unser Augenmerk zunächst auf dieses.

Daß Glykogen normalerweise in der Oberhaut vorkommt, haben BARFURTH, SCHIELE und EDGAR GIERKE sowohl bei Embryonen wie bei erwachsenen Individuen festgestellt. Sie konstatierten es in der Stachelschicht der Haarbälge, in Knäueldrüsen und Talgdrüsen. In starkgeschichtetem Pflasterepithel fanden SCHIELE und GIERKE Glykogen in größter Menge und mit derselben Konstanz wie im Knorpel, aber bemerkenswerterweise nicht in der Keimschicht, sondern in einer mittleren Schicht und dann in den oberen Schichten der Epithelien häufig wieder abnehmend.

Wie in den Knorpeln, so ist auch im Pflasterepithel das Glykogen nach GIERKE nicht ein labiles Verbrauchsglykogen (analog dem Verbrauchsfett), sondern ein stabiler, integrierender Zellenbestandteil (analog dem stabilen Fett) und nicht leicht zu beeinflussen. GIERKE macht darauf aufmerksam, daß diesen beiden Geweben, dem Knorpel und den geschichteten Epithelien, welche Glykogen als Reservestoff enthalten, gemeinsam ist, daß sie von der ernährenden Blutbahn weiter entfernt sind als die übrigen Gewebe und daher in der Ernährung selbständiger dastehen müssen als jene.

Weiter führt GIERKE sehr überzeugend aus, daß zwischen Glykogen und Fett im Zellenhaushalt auffällige Analogien und Wechselbeziehungen bestehen. Eine Anhäufung des Fettes sowohl wie des Glykogens bildet eine vorübergehende Phase der Zellernährung im allgemeinen und findet sich unter ganz ähnlichen Voraussetzungen sowohl bei Zirkulationsstörungen wie bei Entzündungen. „Die meisten Gewebselemente scheinen auf einen gewissen Grad von Schädigung mit Fett- und Glykogengehalt re-

[10] LIPSCHÜTZ, Studien über Ursprung und Bildung des Cholesterins. *Zeitschr. f. physiol. Chemie*. Bd. 55, S. 1.

agieren zu können.“ Fett und Glykogen finden sich auch schon unter physiologischen Verhältnissen vergesellschaftet in Leber, Muskeln, Knorpel, Schweifsdrüsen, Talgdrüsen und Fettzellen. Ein Unterschied zwischen beiden besteht nur darin, dafs das Fett stabiler als das Glykogen ist und, während dieses bei zunehmender Zellschädigung und bei dem Zelltode verschwindet, auch diesen noch überdauert. Da sie in so weiter Verbreitung zusammen vorkommen und beim Schwund des Glykogens das Fett übrig bleibt, so liegt auch der weitergehende Schlufs sehr nahe, dafs Fett entsteht, indem Glykogen verschwindet, oder mit anderen Worten: Fett aus Glykogen sich bildet.

Über diesen Punkt, der uns speziell interessiert, hat Gierke folgenden bemerkenswerten Passus: „Auch der Abbau des Glykogens wird wohl meist durch Spaltung in Zucker mittels der früher erwähnten, noch postmortal wirksamen Fermente erfolgen. Ein anderer Teil geht wahrscheinlich in Fett über, obwohl der Ablauf dieses Prozesses noch dunkel ist. Da es aber für den physiologischen Stoffwechsel gar nicht bezweifelt werden kann und auch die Möglichkeit von Depotfett aus Kohlehydraten durch meine Versuche und die von Devaux sehr nahe gelegt wird, ist eine Ablehnung für pathologische Verhältnisse nicht angebracht, obwohl der strikte Beweis wohl nur sehr schwer gebracht werden kann. Dieser Gedanke drängt sich auch bei Betrachtung der Glykogen- und Fettverteilung im histologischen Bilde sehr oft auf, indem sowohl häufig zeitlich dem Glykogenauftreten Verfettung folgt, als auch histologisch eine stark geschädigte, verfettete Partie von einer Glykogenzone umschlossen wird. Die Verhältnisse, unter denen solche Bilder gefunden werden, lassen es als möglich erscheinen, dafs der Glykogenabbau besonders bei Sauerstoffmangel zu Fettbildung führt, während bei genügender Blut- und Sauerstoffzufuhr Zuckerbildung und Oxydation stattfinden kann. Auf eine für die Pathologie vielleicht nicht unwichtige Tatsache sei noch hingewiesen, dafs, wenn aus Eiweifs Kohlehydrate und aus Kohlehydraten Fette entstehen können, theoretisch auch eine indirekte Fettentstehung aus Eiweifs möglich ist.“

Nach diesen Ausführungen von Gierke wäre mithin die Folge einer eiweifsreichen Körnerzelle, einer Glykogen führenden infrabasalen Hornzelle und einer ölsäurehaltigen basalen Hornzelle gerade unter den hier obwaltenden Umständen des Sauerstoffabschlusses und des Zellzerfalls eine ganz naturgemäfse. Sie würde geradezu den normalen, typischen Ablauf einer Zellverfettung repräsentieren.

In der Tat ergibt die Färbung nach der Methode von Best (mit stark ammoniakalischer Karminlösung) eine Rotfärbung, die in der Übergangsschicht lokalisiert ist. Genauer gesprochen fängt die Färbung unmittelbar über den durch Vorfärbung mit Hämateïn—Alaun tief dunkelblauen Körnerzellen (s. Fig. 5 kz) an und hört an der Grenze der basalen Hornschicht wieder auf (s. Fig. 5 if). Sie zeichnet mithin in ganz spezifischer Weise die infrabasale Übergangsschicht aus. Aufser diesen verhornenden Zellen sind nur noch die den Schweifsporus umgebenden Zellen rot gefärbt (s. Fig. 5 su). Bekanntlich wird der Schweifsporus von der Stachelschicht an durch die ganze Hornschicht hindurch von Hornzellen begleitet, die den Charakter der infrabasalen und basalen Hornzellen tragen, so z. B. bei stark osmierten Schnitten von einer hellen und einer schwarzen Zellenlage (s. Fig. 1 su). Bei einer gut gelungenen Bestschen Färbung umgeben

demgemäfs dunkelrote Ringe alle Quer- und Schrägschnitte der Schweifsporen. Ein wenig partizipieren an dieser Rotfärbung die in den „Wellenbergen" der Hornschicht angehäuften A-Zellen (Albumosenzellen) (s. Fig. 5 az), dagegen nicht die in den „Tälern" vorhandenen H-Zellen (Hornzellen proprio sensu) (s. Fig. hz).

Am besten verfährt man bei Anstellung der Bestschen Färbung folgendermafsen: Als Material ist am empfehlenswertesten die mäfsig dicke, elastische, nicht schwielige Haut der Planta aus der Mitte des Fufssohlengewölbes und des Handtellers. Dieselbe mufs direkt von einer frischen Leiche gewonnen, in absolutem Alkohol fixiert und in Celloidin eingebettet werden. Man färbt die Schnitte mit der (bei Grübler erhältlichen) Bestschen Mischung nach Entfernung des Celloidins eine bis höchstens zwei Minuten. Dann tritt direkt über der ebenfalls stark rotgefärbten Körnerschicht die infrabasale und basale Hornschicht in Gestalt eines tief rot gefärbten Bandes hervor. Die darüber befindliche Hornschicht ist zwar auch, aber viel schwächer rot gefärbt, bis auf die dunkelroten Ringe, welche die Schweifsporen umgeben. Die Körnerschicht zeigt nicht das von den Pikrokarminfärbungen her bekannte Bild, in welchem die einzelnen Keratohyalinkörner allein stark gefärbt zu sehen sind, sondern der sie umgebende Zellkörper ist ebenfalls rotgefärbt und die Körner heben sich nicht scharf von demselben ab. Aus der unmittelbaren Umgebung der etwas diffus gefärbten Körnerschicht und der schwach rot gefärbten Hornschicht leuchtet nun die infrabasale Hornschicht als lebhaft roter Streifen hervor (s. Fig. 5—8).

Die ammoniakalische Karminlösung besitzt, wie aus dieser Beschreibung hervorgeht, ebenfalls Verwandtschaft zu anderen Bestandteilen der Körnerschicht einerseits und der Hornschicht andererseits, und zwar hier ebensowohl zum Eleïdin wie zum Keratin. Färbt man daher die Schnitte mit einer kontrastierenden (blauen oder grünen) Farbe, welche zu den letzteren Elementen auch Verwandtschaft besitzt, vor, so tritt die infrabasale Hornschicht in ihrer tinktoriellen Isolierung noch deutlicher in die Erscheinung. Aufser der oben erwähnten Vorfärbung mit Hämateïn-Alaun eignen sich dazu unter den vielen basischen und sauren blauen und grünen Farben vor allem: Methylenblau und Viktoriablau einerseits, Nigrosin und Diamingrün andererseits. Die meisten derselben, vor allem Methylenblau, haben vor dem Hämateïn-Alaun den Vorzug, nicht selbst die infrabasale Hornschicht anzufärben, dagegen die übrigen von der Karminlösung mitgefärbten Teile der Hornschicht zu präokkupieren. Sie ergänzen daher in zweckmäfsiger Weise die Bestsche Färbung, indem sie die infrabasale Hornschicht tinktoriell isolieren, resp. der Bestschen Färbung überlassen.

Viktoriablau zeichnet sich durch eine starke Verwandtschaft zum Keratin aus und dient daher vorzugsweise dazu, die die Schweifsporen umgebende Hornschicht zu präokkupieren. Folgt auf das Viktoriablau die Bestsche Lösung, so heben sich die die Schweifsporen zunächst umgebenden Hornzellen rot von der blauen Umgebung ab. Dagegen ist Viktoriablau nicht so geeignet, die infrabasale Hornschicht in reinem Rot hervorzuheben, da dasselbe auch zu den Körnerzellen und den infrabasalen Hornzellen eine gewisse Verwandtschaft besitzt. Man erhält daher meistens Präparate, in denen diese Schichten in Mischfarbe (violett) gefärbt sind, wenn auch die infrabasale Hornschicht immerhin durch ihre starke Tinktion auffällt.

Besser geeignet für diesen Zweck ist Methylenblau (nicht die polychrome Methylenblaulösung). Die Vorfärbung mit Methylenblau ist nicht imstande, der Bestschen Lösung gegenüber, die Hornschicht um die Schweifsporen in blauer Kontrastfarbe darzustellen; aber sie präokkupiert die direkt oberhalb der infrabasalen Schicht liegenden Hornzellen derart, dafs letztere die Karminfärbung nicht mehr gut annehmen,

wodurch die tinktorielle Isolierung der rot gefärbten infrabasalen Zellen sehr gut gelingt (s. Fig. 6 if).

Diese basischen Farben sind für die Präokkupation des sauren Keratins empfehlenswert. Wir haben aber in unmittelbarer Nähe der infrabasalen Schicht auch mit der Konkurrenz des basischen Eleïdins zu rechnen, welches um so mehr in Betracht kommt, als dasselbe ebenso wie Glykogen durch die Bestsche Lösung angefärbt wird. Nun eignen sich zur Färbung des Eleïdins bekanntlich nur saure Farben und von diesen haben sich speziell Nigrosin (s. Fig. 8) und Diamingrün (s. Fig. 7) als Kontrastfarben bewährt. Besonders an eleïdinreichen Präparaten, wo die Bestsche Färbung für sich allein unmittelbar über der infrabasalen Hornschicht eine tiefrote Färbung ergeben würde (Eleïdinfärbung), ist es durchaus geboten, von einer Vorfärbung mit den genannten Farben Gebrauch zu machen. Nirgends zeigt sich das tiefrote Band (Glykogenfärbung) schöner als unterhalb der tief blauschwarz (s. Fig. 8 sb) oder grün gefärbten (s. Fig. 7 sb) suprabasalen Hornzellen (Eleïdinfärbung).

Die anfangs von mir ihrer guten Keratohyalingegenfärbung wegen benutzte Hämateïn-Alaun-Färbung, die hin und wieder sehr gute Präparate liefert, kann ich nicht so allgemein empfehlen wie Nigrosin und Diamingrün, da jener Farbstoff auch eine nicht unerhebliche Verwandtschaft zur infrabasalen Hornschicht besitzt und häufiger mit der Bestschen Färbung konkurriert als sie ergänzt.

Die allgemeine Formel für die Färbung der Glykogen führenden Zellen lautet demnach:

Fixation in absolutem Alkohol, Celloidineinbettung.

1. Celloidin entfernen mit Alkohol-Äther, Alkohol, Wasser.
2. Methylenblau (Viktoriablau) 1 %ige Lösung in Spiritus dilutus oder Nigrosin (Diamingrün) 1 %ige wässerige Lösung eine Minute; in Wasser abspülen.
3. Bestsche Lösung (Grübler) eine Minute; in Wasser abspülen.
4. Alkohol absol., Öl, Balsam.

Natürlich haben die vielen Versuche zur tinktoriellen Definition der infrabasalen Hornschicht einen viel genaueren Einblick als bisher in die ebenso komplizierten wie variablen Vorgänge an der Verhornungsgrenze gewährt. Doch ist hier nicht der Ort, auf die sich daraus ergebenden verschiedenen Verhornungstypen näher einzugehen. Es muſs nur darauf hingewiesen werden, daſs auch die normalerweise ein bis zwei Zellenreihen betragende Glykogen führende Schicht in ihrer Breite schwanken kann (bis zu vier bis fünf Zellenreihen). Dieses Vorkommen, welches einer langsameren chemischen Veränderung entspricht, erscheint uns weniger erstaunlich als die gewöhnlich scharfe Abgrenzung mit plötzlich eintretender chemischer Veränderung.

Die Beschränkung der infrabasalen Schicht auf ein bis zwei Zellenreihen ist ja doch — gemäſs der Auffindung und früheren Definition derselben — nur von den osmierten Schnitten hergenommen, in welchen sie die feine, helle Lage unterhalb des schwarzen Osmiumrahmens bildet (s. Fig. 1 if). Diese Beschränkung ist mithin nur durch das plötzliche Auftreten der Ölsäure ein bis zwei Zellenreihen weiter nach auſsen bedingt; neben den ersten Spuren der Ölsäure kann ja aber ruhig erst noch eine Zeit lang ein Rest des Glykogens nebenher bestehen und sich bei

Abwesenheit von Osmiumsäure durch die Bestsche Reaktion verraten, d. h. mit anderen Worten: eine breitere rote Schicht erzeugen.

Um so erwünschter ist es, zu versuchen, an Osmiumpräparaten selbst die eingeschränkte feine, helle Lage mittels der Bestschen Lösung wirklich zu färben. Dieses gelingt nun nicht so leicht, da die infrabasale Schicht, wenn sie auch nicht Überosmiumsäure reduzieren kann, doch von derselben so beeinflufst ist, dafs sie alle Färbungen abweist. Es gelingt aber in der Tat, die infrabasale Schicht rot zu färben, indem man die Schnitte eine Nacht in der Bestschen Lösung läfst, der man einige Tropfen des Merkschen Perhydrol (H_2O_2) zugesetzt hat. Das Wasserstoffsuperoxyd lockert die Verbindung der Osmiumsäure mit dem Gewebe und macht letzteres der Bestschen Färbung zugänglich. Am beweisendsten erscheinen solche Schnitte, in denen die Osmierung vom Rande her nicht bis zum Zentrum vorgedrungen ist und die es gestatten, die tief rot gefärbte infrabasale Schicht der Mitte in die schwächer gefärbte der osmierten Randpartie zu verfolgen.

Auch die Jodierung der menschlichen Oberhaut führt zu dem auf Grund der Bestschen Färbung gewonnenen Resultat, dafs unmittelbar oberhalb der Körnerschicht eine Glykogen führende Schicht folgt. Hier genügt sogar in allen Fällen schon die blofse Einwirkung von Jod ohne Präokkupation der übrigen Gewebsbestandteile, um eine einwandfreie Färbung der infrabasalen Zellenlagen herbeizuführen. Das rührt von dem günstigen Umstande her, dafs Eleïdin nicht von Jod angefärbt wird und man daher wohl eine Konkurrenz des Keratins, aber nicht des Eleïdins bei der Jodierung zu erwarten hat. Das Keratin ist allerdings ziemlich stark jodophil und deshalb färbt sich die gesamte Hornschicht bei der Berührung mit Jod (Lugolsche Lösung) zunächst gleichmäfsig gelb, dann zunehmend brauner. Hierbei bleibt ein mehr oder minder breiter Streifen direkt oberhalb der Körnerschicht zunächst in der Färbung etwas zurück; schliefslich aber überholt derselbe die Hornschicht durch eine bei weitem tiefere leuchtend dunkelbraune Färbung. Es macht den Eindruck, dafs die Hornsubstanz Jod sehr rasch, aber nur in mäfsigem Grade aufnimmt, während in der Höhe des basalen Streifens das Jod nicht so leicht aufgenommen, dafür aber allmählich in noch höherem Grade aufgespeichert wird.

Bei Eintragung des Schnittes in Jodgummi (nach Ehrlich) (Mischung von ein Teil Lugolscher Lösung mit drei Teilen Mucilago Gummi arabici) ist das Resultat dasselbe, nur dafs bei der langsamen Jodierung hier von vornherein der basale Streifen stärker gefärbt ist und bleibt. Für Dauerpräparate färbt man zweckmäfsigerweise mit Lugolscher Lösung rasch vor und bettet in Jodgummi ein.

Die Jodfärbung der infrabasalen Hornschicht unterscheidet sich von

der nach BEST dadurch, daſs sie die einzelnen Zellagen nicht so genau spezialisiert; sie färbt die basale Schicht durchweg ebenso tief braun wie die infrabasale. Immerhin ist auch hier die infrabasale Schicht die am reinsten jodophile. Alle darauf folgenden Hornschichten zeigen daneben noch andere Affinitäten, die man benutzen kann, um dieselben tinktoriell zu präokkupieren und auf diese Weise auch bei der Jodierung die infrabasale Hornschicht allein in reiner Jodfarbe zu erhalten. Diese Präokkupation erweist sich am nötigsten an Schnitten solcher Fuſssohlen (Handteller), wo schon bei anderen Färbungen die infrabasale Hornschicht sich in keiner Weise von den übrigen Hornschichten abgrenzen läſst. Als bestes Mittel zu dieser Präokkupation hat sich eine 1%ige, wässerige Methylenblaulösung erwiesen; sie färbt bei halbstündiger Einwirkung die Hornschicht im ganzen blau, läſst aber auch bei protahierter Färbung stets die infrabasale Hornschicht frei, zu der sie offenbar am wenigsten Verwandtschaft hat. Die so gefärbten Schnitte taucht man am besten einen Augenblick in eine wässerige (zirka 10%ige) Tanninlösung, um das Methylenblau dem Jod gegenüber zu fixieren, jodiert kurz mit LUGOLscher Lösung und bettet in Jodgummi ein. Dann steht einer leuchtend hellbraunen, reinen Jodfärbung der infrabasalen Hornschicht eine dunkle aus Braun und Grün gemischte Färbung der übrigen Hornschicht gegenüber.

Als letztes Glied in der Kette der Beweise ist der positive Ausfall des folgenden Versuches zu erwähnen. Bettet man einen osmierten Schnitt von der Fuſssohle, an welchem die infrabasale Hornschicht als weiſse helle Linie hervortritt in Jodgummi ein, so nimmt dieselbe allmählich eine rotgelbe Jodfärbung an.

Wenn nun auch durch den positiven Ausfall der BESTschen Färbung und der Jodierung zweifellos erwiesen ist, daſs in der Übergangsschicht zu den verhornten Zellen Glykogen vorkommt, so kann es ebenfalls keinem Zweifel unterliegen, daſs es nicht — wie etwa in den Leberzellen — als solches und frei vorhanden ist. Denn wir finden die Rot-, resp. Braunfärbung hier nie an distinkte Körner gebunden, sondern diffus in der Zelle verbreitet. Wahrscheinlich ist daher das Glykogen in den Übergangszellen an einen anderen Körper, vermutlich an Eiweiſs — als Glykoproteïd — gebunden. Dem entspricht es auch, daſs die Ausziehung des sich färbenden Körpers in Wasser und Speichel wohl bei längerem Verweilen in diesen Flüssigkeiten eintritt, aber nicht entfernt so prompt wie beim bekannten körnigen Glykogen der Leber.

Die hier mitgeteilten Färbungsresultate führen unabweislich zu dem Schlusse, daſs der Vorgang der Verhornung regelmäſsig mit dem vorübergehenden Auftreten eines wahrscheinlich an Eiweiſs gebundenen Glykogens einhergeht.

Diese Tatsache ist neu. Auch die sehr sorgfältige Untersuchung der normalen Haut durch BRUNNER,[11] welcher 1906, also nach der zusammenfassenden Monographie von EDGAR GIERKE (1905) über den Gegenstand gearbeitet hat, weifs nichts von einem Glykogengehalt der normalen Oberhaut zu berichten. Er sagt Seite 524:

„Bei völlig normaler Haut ist es mir nie gelungen, auch nur eine Spur von Glykogen irgendwo in der Epidermis nachzuweisen. Ich möchte hier nebenbei darauf aufmerksam machen, dafs mit der BESTschen Methode auch das Eleïdin sowohl an den Schweifsdrüsenausführungsgängen als im Stratum lucidum, speziell an den Fufssohlen, und zwar in diffuser Weise, gefärbt wird, ohne weitere Schlüsse daraus ziehen zu wollen. Zu Verwechslungen gibt diese Tatsache schon wegen der typischen Lokalisation des Eleïdins natürlich keine Veranlassung."

Wir zweifeln nicht daran, dafs BRUNNER dieselben Bilder vor sich hatte, auf welche wir unsere Annahme der Gegenwart von Glykogen gründen. Natürlich haben wir uns auch die Frage vorgelegt, ob der positive Ausfall der BESTschen Färbung nicht auf das Eleïdin der basalen Hornschicht zurückzuführen wäre, so unwahrscheinlich diese Annahme klingt. Denn bekanntlich ist das auf die Oberfläche des Schnittes beförderte Eleïdin der basalen Schicht ein wasserlösliches Albumin und sicher in wässerigen und dazu stark alkalischen Flüssigkeiten, wie sie die von BEST darstellt, leicht löslich. In der Tat, bringt man einen mit Nigrosin gefärbten, viel eleïdinhaltigen Flachschnitt der Fufssohlenhornschicht in die BESTsche Lösung, so verschwindet das blauschwarz gefärbte Eleïdin vollständig und rasch. Auch eine Vorbehandlung der Schnitte mit eiweifsfällenden Mitteln (Pikrinsäure, Phosphorwolframsäure) schützt das Eleïdin nicht vor der Auflösung in BESTscher Lösung. Wendet man statt dieser zweizeitigen Färbung auf Glykogen und Eleïdin eine einzeitige an, indem man eine Mischung von Diamingrün (1 %) und BESTscher Lösung zu gleichen Teilen auf die Schnitte einwirken läfst, so verschwindet auch hier das frei auf der Oberfläche gelegene tropfenförmige Eleïdin, während das ringförmig in den superbasalen Zellen eingeschlossene Eleïdin (WILE)[12] sich diamingrün, die glykogenhaltige infrabasale Hornschicht gleichzeitig rot färbt. Übrigens ist ja in der infrabasalen Hornschicht das Eleïdin bisher überhaupt nicht nachgewiesen.

Was die Schweifsporen betrifft, so werden dieselben allerdings auch von Ringen von Eleïdin umgeben, welche durch Nigrosin und Diamingrün leicht darstellbar sind. Aber während sie in der Höhe der basalen Hornschicht stark ausgebildet sind, nehmen sie nach der Oberfläche zu beständig ab und sind an dieser selbst nicht mehr nachweisbar. Ganz anders die Glykogenringe der Schweifsporen; diese, welche die Eleïdinringe unmittelbar umgeben, bleiben von der basalen Hornschicht bis zur Oberfläche in gleicher Stärke ausgebildet. Auch die Eleïdinringe der Schweifsporen, wenn sie durch Nigrosin oder Diamingrün dargestellt sind, verschwinden, wenn die Schnitte in die BESTsche Lösung eingetaucht werden, während gleichzeitig die dicht anliegenden Glykogenringe bis zur Oberfläche gleichmäfsig gut hervortreten.

Die Verbreitung des Eleïdins ist mithin doch eine andere wie die des Glykogens und die tinktorielle Konkurrenz beider läfst sich durch die eben angegebene Doppelfärbung mit Karmin und Nigrosin (Diamingrün) vermeiden.

BRUNNER findet nun bemerkenswerter Weise — wie schon vor ihm BARFURTH, E. NEISSER, CREIGHTON, RABL, GIERKE —, dafs bei vielen Papillenhaaren die

---

[11] BRUNNER, „Über Glykogen in der gesunden und kranken Haut." Verhandl. d. Deutschen dermatol. Ges. in Bern, 9. Kongrefs, 1907, S. 521.

[12] WILE, „Das Eleïdin der basalen und superbasalen Hornschicht." *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1909. Bd. 48, S. 245.

Stachelschicht des Haarbalges Glykogen, besonders im unteren und mittleren Teile des Balges und sogar oft sehr reichlich enthält, während die Stachelschicht des Haarbalges bei Beethaaren davon stets frei ist, sich also genau wie die Stachelschicht des Deckepithels verhält. Dieses Vorkommen ist deshalb so interessant, weil die Stachelschicht des Haarbalges, soweit sie Papillenhaaren ansteht, ausnahmsweise vollkommen untätig verharrt und nicht verhornt. Es ist also hier die beste Gelegenheit gegeben, daſs sich bereits in den Stachelzellen Glykogen, ohne verbraucht zu werden, anhäuft. In den Haarbälgen, welche Beethaare enthalten, ist die Stachelschicht frei von Glykogen; ganz begreiflich, da dieselbe hier fortdauernd tätig ist, d. h. zum Teil dem Wachstum des Beethaares, zum Teil dem der oberflächlichen Stachelschicht dient, indem ihre Zellen sich den verhornenden Zellen anschlieſsen.

In den Knäueldrüsen findet Brunner das Glykogen regelmäſsig; möglicherweise bildet es hier eine Vorstufe des Fettes des Knäueldrüsensekretes.

Unsere Untersuchung ging von der Tatsache des „schwarzen Rahmens“ osmierter Hautstücke aus. Wir konnten nachweisen, daſs unter den Fetten nur die Ölsäure und die Oleate zu einer solchen Schwärzung Anlaſs geben und konnten das plötzliche Auftreten der Schwärze in der basalen Hornschicht durch das vorhergehende Auftreten von Glykogen in der infrabasalen Hornschicht auf plausible Weise erklären.

Inzwischen hat die Frage nach dem Eigenfett der Hornschicht, für welche früher lediglich der schwarze Rahmen der Osmiumbilder zugrunde gelegt wurde und werden konnte, erhebliche Fortschritte gemacht. Es gelang uns auf makrochemischem Wege durch partielle Ausziehung des Hornschichtfettes einerseits und des gesamten Oberhautfettes andererseits[13] zu zeigen, erstlich daſs die Oberhaut Fette enthält und weiter, daſs während die Stachelschicht reichlich Cholesterin in reinem Zustande aufweist, das Cholesterin in der Hornschicht etwa zur Hälfte an Fettsäuren gebunden ist.

Dementsprechend ist auch das mikrochemische Verhalten des isolierten Hornschichtfettes. Es färbt sich mit Sudan und Scharlach wegen seines Gehaltes an Fettsäuren und Fettsäureestern und reduziert Osmiumsäure infolge seines Gehaltes an Ölsäure und Ölsäureverbindungen. Bekanntlich reagiert Cholesterin weder auf Sudan noch auf Osmiumsäure.

Durch diesen Nachweis steht die Frage nach dem „schwarzen Osmiumrahmen der Hornschicht“ heute auf einem ganz anderen Boden. Es fragt sich nicht mehr wie früher, ob derselbe als Beweis dienen kann, daſs die Hornschicht Fett enthält, sondern, ob die Osmierung der Haut einen richtigen Begriff von dem Gehalt und der Verteilung des Hornschichtfettes gibt.

---

[13] Unna und Golodetz, Die Hautfette. *Biochemische Zeitschr.* 1909. Bd. 20, S. 469.

Ehe wir an diese letzte Frage herangehen, müssen wir uns aber mit den Resultaten der Fettfärbung bekannt machen, welche die neueren, sehr guten und eindeutigen Färbungen mittels Sudan und Scharlach an Schnitten ergeben. Dazu kommt noch die Prüfung derselben Schnitte mittels der FISCHLERschen Färbungsmethode für Fettsäuren.

Da Sudan und Scharlach nur in alkoholischen Lösungen und nicht wie Osmiumsäure in Wasser löslich sind, so kann man dieselben nicht — analog der Osmiumsäure — zur Durchführung ganzer Stücke gebrauchen. Sudan und Scharlach sind außerdem nicht flüchtig wie Osmiumsäure und dringen daher nur genau so weit ein wie ihr Lösungsmittel. Alkohol dringt aber erfahrungsgemäfs in eine dicke Hornschicht nur bis zu einer beschränkten Tiefe. Dagegen eignen sich Sudan und Scharlach sehr gut zur Schnittfärbung.

Dieselbe wird am besten vorgenommen an Schnitten von solchen Hautstücken (der Fufssohle), die in Formalin (30%) gehärtet und mit dem Kohlensäure-Gefriermikrotom geschnitten sind. In Alkohol und Celloidin gebrachte Hautstücke eignen sich natürlich nicht zum Nachweis der Fette der Hornschicht, aber auch nicht frische, gefrorene Hautstücke. Die vorherige Formalineinwirkung ist notwendig; wie wir glauben, zur Präokkupation der starken Eiweifsumhüllung des Hornschichtfettes.

Zur Sudanfärbung haben wir eine gesättigte Lösung von Sudan III in 80%igem Alkohol genommen (s. Fig. 2). Zur Scharlachfärbung eine gesättigte Lösung von Fettponceau in einem Gemisch von 70%igem Alkohol und Aceton zu gleichen Teilen (s. Fig. 3). Die Schnitte verbleiben mehrere Stunden bis eine Nacht in diesen Lösungen und werden dann in 50%igem Alkohol abgespült und in Wasser oder Glycerin angesehen. Die Cutis und Stachelschicht zeigen keine Spur der roten Farbe. Das subcutane Fett sowie das Fett der Knäueldrüsen ist dagegen intensiv gelbrot gefärbt. In der gesamten Hornschicht zeigt sich nun ebenfalls eine rote Färbung, die aber weit schwächer ist. Dieselbe ist jedoch konstant und beweist also sicher einen mäfsigen Fettgehalt der Hornschicht von der basalen Schicht bis zur Oberfläche. Die infrabasale Hornschicht und die Körnerschicht bleiben stets ungefärbt wie die Stachelschicht. Dieser Umstand ist sehr wichtig, da erst durch diesen Kontrast auch die schwache Fettfarbenaufnahme der Hornschicht, indem sie eben nur auf das Vorhandensein von Fett bezogen werden kann, bereits geeignet ist, um uns über die Verteilung des Fettes Aufschlufs zu geben. Nach der Sudan- und Scharlachfärbung haben wir uns dieselbe als eine gleichmäfsige, geringe vorzustellen.

Auch für den FISCHLERschen Nachweis von Fettsäuren[14] ist die vor-

[14] F. FISCHLER, Über Unterscheidung von Neutralfetten, Fettsäuren und Seifen im Gewebe. *Centralbl. f. pathol. Anat.* 1904. Bd. 15, S. 913.

herige Präokkupation der Hornschicht durch Formalin (30%) unbedingt notwendig. Dieser Nachweis beruht bekanntlich darauf, dafs die Fettsäuren im Gegensatz zu den Neutralfetten Kupferacetat binden und dieses bei Behandlung mit WEIGERTschem Hämatoxylin-Lithioncarbonat einen dunkelblauen Kupferlack bildet. Nach Differenzierung mittels der WEIGERTschen Borax-Ferridcyankalium-Lösung treten die Fettsäurepartikel in spezifischer Weise blauschwarz auf bräunlichem oder ungefärbtem Grunde hervor.

Bei der Anwendung dieser Reaktion auf die Hornschicht macht sich wiederum der Umstand geltend, dafs auch die Hornsubstanz Kupferacetat bindet. Schliefst man reines Keratin A, Keratin B und Hornalbumosen in Celloidin ein und behandelt die Schnitte nach FISCHLER, so färben sich alle diese Substanzen blau, am tiefsten die Hornalbumosen.

Immerhin kann man durch lange Differenzierung in der Borax-Ferridcyankalium-Lösung die Hautschnitte von der Kupferverbindung des Eiweifses befreien, so dafs schliefslich nur die Fettsäure-Kupfer-Verbindung blau übrig bleibt; sie stellt offenbar die festere Verbindung des Kupfers dar.

Das auf diese Weise gewonnene Bild des Fettsäuregehaltes der Hornschicht ist ein konstantes und sehr charakteristisches (s. Fig. 4). Die Cutis und Stachelschicht (st) sind gleichmäfsig hellbraun gefärbt. Die Körnerzellen (kz) zeichnen sich durch blauschwarze Keratohyalinkörnchen aus, so dafs unter Umständen die ganze Schicht als feines schwarzes Band erscheint. Darauf folgt unmittelbar eine von Blau ganz freie, rein hellbraune Zellenlage, die infrabasale Hornschicht (if) und auf diese eine mehr zellige dunkelblaue Schicht, die basale Hornschicht (b). Weiter nach aufsen ist die Hornschicht der Hauptsache nach wieder braun, doch sind in individuell sehr verschiedener Menge in dieselbe blaue (bl) Hornzellen und Komplexe solcher eingesprengt, welche der Lage nach hauptsächlich den „Bergen" oberhalb der Papillen, mit anderen Worten: den Albumosenzellen (A-Zellen) entsprechen. Sodann sind konstant die Hornzellen, welche die Schweifsporen auskleiden (s), blau gefärbt, analog den schwarzen Hornzellen der Schweifsporen bei Osmiumfärbung. Sie werden von hellgebliebenen Hornzellen umfafst, welche den hellen Ringen (r) der Osmiumfärbung und den roten Ringen der BESTschen Glykogenfärbung entsprechen (s. Fig. 5 su).

Nach diesen charakteristischen Bildern der FISCHLER-Präparate[15] ist es sichergestellt, dafs wir die freien Fettsäuren hauptsächlich in der basalen Hornschicht, sodann in den Auskleidungszellen der Schweifsporen und in vielen einzelnen Hornzellen, besonders der „Berge", uns lokalisiert denken müssen. Da nur die Ölsäure, nicht aber die Palmitin- und Stearinsäure

[15] Wir können an dieser Stelle nicht auf die interessanten Modifikationen eingehen, welche die Fischlerfärbung bei anderer Fixierung und unter anderen individuell verschiedenen Umständen erfährt. Dieselben bedürfen einer eingehenden Untersuchung.

bei Behandlung nach FISCHLER die blaue Farbe annimmt, so ist der Fettsäuregehalt der Hornschicht, wie er an FISCHLER-Präparaten erscheint, ebenfalls auf Ölsäure zu beziehen. Die aus den Fettsäuren und dem Cholesterin sich bildenden Cholesterinester dagegen sind (nach den Sudan- und Scharlachbildern zu urteilen) ziemlich gleichmäſsig in geringer Menge über die Hornschicht verteilt.

Durch die Kombination der Sudan-, resp. Scharlachbilder mit denjenigen der FISCHLERschen Färbung sind wir nun auch imstande, das altbekannte Bild des schwarzen Osmiumrahmens richtig zu deuten.

In bezug auf diesen existieren bekanntlich zwei verschiedene Erklärungen. Die erste stammt von RANVIER her und leitet den schwarzen Rahmen sowohl in seinem oberen und unteren Rande wie an den Seitenrändern ohne Unterschied lediglich von dem Osmiumverbrauche her. Diese Ansicht erfreut sich einer sehr allgemeinen Anerkennung und ist ja auch sicherlich für die Seitenränder und wohl auch für den oberen Rand die einzig gegebene Erklärung. Demgegenüber hat aber einer von uns schon 1876 und 1883 ausführlich dargetan, daſs die alleinige Zurückführung der hier in Frage kommenden Erscheinung auf physikalische Momente gerade für den unteren Rand des Rahmens nicht haltbar ist.

Er wies auf verschiedene Umstände hin, die beweisen, daſs neben den physikalischen Momenten, welche das Eindringen der Osmiumsäure regeln, noch „eine rasch eintretende gewebliche Veränderung" hinzukommt, welche die Besonderheit des unteren Randes bewirkt.[16] Diese „gewebliche Veränderung" stellt sich jetzt nach unseren Untersuchungen als eine ganz bestimmte chemische Differenz zwischen der basalen und der übrigen Hornschicht heraus. Es ist der erhebliche Gehalt an Ölsäure, welcher die basale Hornschicht auszeichnet und die scharfe Abgrenzung zwischen ihr

---

[16] UNNA, „Beiträge zur Histologie und Entwicklungsgeschichte der menschlichen Oberhaut und ihrer Anhangsgebilde." *Arch. f. mikroskop. Anat.* 1876, Bd. XII.

Sodann: UNNA, Entwicklungsgeschichte und Anatomie. v. ZIEMSSEN, Spezielle Pathologie und Therapie. 1883. Bd. XIV, I, S. 33: „RANVIER erklärte das merkwürdige Bild des schwarzen Rahmens an Osmiumschnitten durch das schrittweise und erschwerte Eindringen der Säure in die Hornschicht von allen Seiten. Ich habe gezeigt, daſs diese Deutung unzureichend war und daſs einer unteren Zone der Hornschicht wirklich en starkes elektives Vermögen für Osmiumsäure zukommt, und zwar aus folgenden Gründen: Erstens erscheint das schwarze basale Band auch zuerst, wenn man feine Schnitte von frischer menschlicher Haut auf kurze Zeit in die Säure legt, wo doch die ganze Höhe der Hornschicht der Säure zugänglich ist; zweitens besitzt das schwarze basale Band eine ganz konstante Breite; drittens schickt dieser schwarze Basalstreifen auch Fortsetzungen in die Tiefe an Stelle der Schweiſsporen, also unabhängig von dem Niveau der Säureeinwirkung und viertens endlich wird gerade die allerunterste Hornzellenschicht, zu welcher die Säure früher von der Cutis aus gelangt als zum schwarzen Basalstreifen, absolut nicht von Osmium geschwärzt."

und der infrabasalen Hornschicht bewirkt. Durch diesen Befund erklären sich alle jene Erscheinungen, welche einer rein physikalischen Deutung immer schon entgegenstanden.

Wir begreifen, daſs beim Eindringen der Osmiumsäure von der Cutis her ein groſser Teil derselben in der an Ölsäure reichen basalen Hornschicht verbraucht wird, ehe sie in die mittlere Hornschicht gelangen kann. Daher kommt es, daſs beim längeren Liegen der Stücke in Osmiumsäure der Rahmen von oben und von der Seite her rascher fortschreitet als von unten her. Ebenso erklärt es sich, daſs bei Osmierung gröſserer Hautstücke in die osmiumfreie Mitte zuerst die Schwärzung zungenförmig entlang der ölsäurereicheren basalen Hornschicht vordringt. Endlich ist auch die bekannte Erscheinung zur Genüge erklärt, daſs der schwarze untere Rand an Stelle des Schweiſsporus eine Unterbrechung erleidet, indem er an dieser Stelle sich trichterförmig in die Tiefe senkt, so daſs hier schwarze basale Hornzellen in gleicher Höhe liegen mit gänzlich ungefärbten infrabasalen Hornzellen, Körnerzellen und Stachelzellen. Auch diese Erscheinung, welche keine bloſs physikalische Deutung zuläſst, ist jetzt einfach zu erklären, indem der Verhornungsprozeſs nach dem freien Lumen des Schweiſsporus hin gerade so wie nach der Oberfläche hin — nur in tieferem Niveau — über eine glykogenhaltige, nicht osmierbare Zelle zu einer ölsäurehaltigen, osmierbaren führt.

Abgesehen von dem unteren Rande des schwarzen Osmiumrahmens, der durch die Fischler-Bilder seine besondere Erklärung gefunden hat, beruht die gleichmäſsige Schwärzung der übrigen Hornschicht auf dem Vorhandensein fettsauren Cholesterins. Die gleichmäſsige Verteilung dieses Körpers wird durch die Sudan- und Scharlachbilder bewiesen. Hiergegen spricht es nicht, daſs verschiedene Autoren (Unna, Weidenreich) fanden, daſs auch die mit Alkohol und Äther vollkommen entfettete Hornschicht Osmiumsäure schwärzt. Denn die hierbei auftretende Reduktion der Osmiumsäure ist eine physikalische Erscheinung, welche beim Kontakt derselben mit jedem porösen, organischen Gewebe eintritt. Wie wir oben gesehen haben, werden die reinen Bestandteile der Hornschicht Keratin A und B und die Hornalbumosen so wenig durch Osmiumsäure geschwärzt wie das Tyrosin, welches als das Hauptreduktionsmittel der Hornschicht gelten kann.

Das Eigenfett der Hornschicht setzt sich mithin zusammen aus Ölsäure, welche hauptsächlich in der basalen Hornschicht frei vorkommt, und fettsauren Cholesterinestern, welche die übrige Hornschicht gleichmäſsig in geringer Menge durchsetzen.

Ergebnisse.

1. Ölsäure und Ölsäureverbindungen reduzieren Osmiumsäure; andere Fettsäuren und Fette tun es nicht.
2. Die Fähigkeit, Osmiumsäure zu reduzieren, verdankt die Ölsäure ihrem ungesättigten Zustande. Mit der Absättigung durch Brom schwindet dieses Vermögen.
3. Die Eiweifssubstanzen (Protoplasma, Hornsubstanz) nehmen Osmiumsäure auf, ohne dieselbe zu reduzieren; die Verbindung ist grün gefärbt. Dieselbe kann nachträglich durch reduzierende Mittel schwarz verfärbt werden.
4. Der Hauptsitz der Ölsäure ist die basale Hornschicht.
5. Zwischen Körnerschicht und basaler Hornschicht findet sich eine einzellige Lage von Hornzellen, die infrabasale Hornschicht, welche Osmiumsäure nicht reduziert, also keine Ölsäure enthält.
6. Anstatt dessen gibt sie die Reaktionen auf Glykogen. Dieses Glykogen ist wahrscheinlich an ein Proteïd (Glykoproteïd) gebunden.
7. Die Quelle der Ölsäure der basalen Hornschicht ist wahrscheinlich das Glykogen der infrabasalen Hornschicht.
8. Die Fettfärbungen (Sudan, Scharlach, Fischler) ergeben eine ausreichende Deutung des „schwarzen Rahmens" der Osmiumbilder.
9. Das Eigenfett der Hornschicht setzt sich zusammen aus freier Ölsäure, die hauptsächlich in der basalen Hornschicht und den Auskleidungszellen des Schweifsporus lokalisiert ist, und fettsauren Estern, welche die übrige Hornschicht gleichmäfsig in geringer Menge durchsetzen.

Tafelerklärung.

In allen Figuren bedeutet:

h = Hornschicht.
st = Stachelschicht.
ks = Körnerzellen.
p = Schweifsporus.
if = infrabasale Hornschicht.
b = basale Hornschicht.
sb = suprabasale Hornschicht.
hs = H-Zellen (Hornzellen proprio sensu).
az = A-Zellen (Albumosezellen).

Fig. 1. **Darstellung des „schwarzen Rahmens" durch Osmiumsäure.**

sr bedeutet den schwarzen Rahmen, und zwar:
sr, den oberen Rand, von dem nur ein unterer Abschnitt im Bild erscheint,
sr,, den seitlichen Rand, in welchen ein Schweifsporus hineinfällt und
sr,,, den unteren Rand, ebenfalls durchsetzt von einem Schweifsporus.
su nicht osmierte, den Schweifsporus umgebende Zellen.

Fig. 2. Sudanfärbung der Oberhaut.
Fig. 3. Scharlachfärbung der Oberhaut.
Fig. 4. Färbung nach FISCHLER.
bl = blau gefärbte Hornzellen.
s = Auskleidungszellen des Schweifsporus.
r = den Schweifsporus umgebende Zellen.
Fig. 5. Färbung nach BEST. Vorfärbung mit Hämateïn.
su = glykogenhaltige, den Schweifsporus umgebende Zellen.
Fig. 6. Färbung nach BEST. Vorfärbung mit Methylenblau.
Fig. 7. Färbung nach BEST. Vorfärbung mit Diamingrün.
Fig. 8. Färbung nach BEST. Vorfärbung mit Nigrosin.

Als diese Arbeit bereits abgeschlossen und dem Druck übergeben war, machte Herr Professor PAUL MAYER-Neapel uns freundlicherweise auf ein neues, von ihm selbst gefundenes Reagens auf Glykogen aufmerksam und übersandte uns 1,0 g desselben mit der Aufforderung, es an dem von uns gefundenen Glykogen der Oberhaut zu prüfen. Wir überlassen es natürlich Herrn Professor MAYER, dieses Reagens selbst in die Wissenschaft einzuführen und beschränken uns auf eine kurze Mitteilung der mit demselben an unserem Material erzielten Resultate.

Das MAYERsche Reagens auf Glykogen stellt ein schwarzes Pulver dar, welches in 25 Teilen heifsen Wassers gelöst wird, worauf man 37,5 Teile 90%igen Alkohols hinzugibt. Es bildet sich ein unbedeutender Niederschlag; man benutzt die überstehende, schwarze Lösung.

Reines Glykogen, auf dem Objektträger verstrichen und mit dem MAYERschen Reagens übergossen, färbt sich rasch schwarzbraun. Schnitte einer viel Glykogen enthaltenden diabetischen Niere zeigten nach zweistündiger Färbung das Glykogen tiefschwarzbraun auf schwach gefärbtem, grauem Hintergrunde; die Gegenprüfung dieser Nierenschnitte mit dem BESTschen Reagens ergab dieselben Glykogenbilder in Rot.

Nach dieser Vorprüfung wandten wir das neue Reagens auf Alkohol—Celloidin—Schnitte der Fufssohle an, die mit der BESTschen Lösung gute Resultate ergeben hatten. Die Schnitte verblieben eine ganze Nacht in der schwarzen Lösung, wurden zunächst in 50%igem Alkohol abgespült, durch kurzes Eintauchen in 1% HCl enthaltenden absoluten Alkohol differenziert und darauf durch Öl in Balsam gebracht.

Das Resultat war noch befriedigender als bei der BESTschen Lösung. Nur die infrabasalen Hornzellen halten die schwarze Farbe, während die Substanzen der Umgebung teils entfärbt, teils in Kontrastfarben gefärbt werden. Wie bei den anderen Glykogenfärbungen teilen auch hier die die Schweifsporen ringförmig umgebenden Hornzellen die schwarze Färbung der infrabasalen Hornschicht. Die übrige Hornschicht (basale, suprabasale, mittlere, oberflächliche) färbt sich fast

durchweg — mit Ausnahme der hellbleibenden Schweifszellen — grauviolett, das Keratohyalin gar nicht, also die Körnerschicht, ebenso wie die Stachelschicht, d. h. gleichmäfsig grünlichgrau. Dieses stark differenzierte Bild ist womöglich noch anschaulicher und für die spezifische, chemische Natur der infrabasalen Hornschicht beweisender, da es keiner Präokkupation durch Kontrastfarben bedarf.

Unsere bisher auf den positiven Ausfall der Jod- und Karmin-Methoden ruhende Annahme eines Glykogengehaltes der infrabasalen Hornschicht findet also durch das Mayersche Reagens eine weitere Bestätigung.

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin (dirig. Arzt: Prof. Dr. Buschke).

Über die Phtiriasis der Cilien und des Kopfhaares.

Von

Dr. W. Fischer,
Assistent der Abteilung.

Anlafs zu den folgenden Ausführungen gibt mir eine Bemerkung in dem neuesten Lehrbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten von E. Riecke, Kapitel Dermatozoonosen, wo als seltene Lokalisation der Phtiriasis zwar die Cilien und Augenbrauen angegeben werden, aber ausdrücklich betont wird, dafs Phtirii in den Kopfhaaren sich niemals fänden.

Wir sahen nun vor einiger Zeit auf unserer Abteilung bei einer kräftig entwickelten und in ihrer Behaarung durchaus normalen Frau, die wegen einer Gonorrhoe in Behandlung stand, eine ausgedehnte Phtiriasis der Cilien, und eine genaue Inspektion der Kopfhaare, an deren Stirn- und Nackengrenze sich eine Reihe kleiner, rundlicher Erosionen und Kratzeffekte befanden, ergab auch das Vorhandensein einer, wenn auch im ganzen nicht sehr grofsen Zahl von Phtirii pubis im Bereiche der Kopfhaut. Man konnte zwei Bezirke unterscheiden; an der Stirn war eine etwa dreifingerbreite Zone befallen, während am Hinterkopf die mit den Parasiten besetzte Fläche etwa handbreit war, einzelne Haare waren mit Nissen besetzt, im Nacken einzelne Maculae caeruleae. Unsere Aufmerksamkeit auf die Affektion überhaupt wurde durch die Klagen der Patientin über heftiges Jucken und konstantes Tränen der Augen gelenkt, es bestand eine mäfsige, entzündliche Reizung der Lidkanten, auf ihnen kleine Erosionen, die durch Kratzen bedingt waren, und eine geringe Conjuncti-

vitis; erst bei näherer Betrachtung konstatierten wir, daſs die Cilien der oberen Augenlider dicht mit Nissen besetzt waren, während die Phtirii selbst über den Cilien ganz in ihrer Nähe auf der Haut saſsen. Die Cilien der unteren Lider sowie die Augenbrauen waren vollkommen frei, ebenso die Achselhaare und der übrige Körper. Daſs die Infektion von den Pubes ausgegangen war, läſst sich vermuten durch das Vorhandensein einiger taches bleues auf dem Unterleib und den Nachweis einer Nisse in den Haaren des Mons veneris. Von ihrer Phtiriasis wuſste die Patientin bis dahin nichts, insbesondere war sie deshalb auch nie behandelt worden.

Eine genauere Durchsicht der Literatur ergibt, daſs die Ciliarphtiriasis bei nicht sehr jugendlichen Individuen nicht häufig ist. Stelwagon (1886) sah bei einem elfjährigen, etwas anämischen Mädchen eine ekzemartige Erkrankung der oberen und unteren Augenlidkanten, als deren Ursache er Phtirii erkannte; der übrige Körper des Kindes war frei. Ausführlich hat Jullien[1] 1892 in der *Gazette des hôp.* darüber berichtet. Er sah sie unter etwa 50000 Fällen bei Erwachsenen einmal. Dagegen wird sie öfter bei Kindern und Säuglingen beobachtet; ein Fünftel der Fälle hatte auch Phtirii in den Augenbrauen. Während die Säuglinge wahrscheinlich direkt von ihren Ammen in loco infiziert werden, nimmt Harkness für die Erwachsenen eine sukzessive Ausbreitung von den Pubes über die Achseln nach den Augen hin an. 1906 demonstrierte Brault in der Pariser dermatologischen Gesellschaft einen weiteren Fall, bei dem zwar früher die Pubes erkrankt waren, zurzeit aber nur eine isolierte Cilienaffektion vorlag. Die Diagnose, die an sich natürlich nicht schwer ist, stöſst insofern auf Schwierigkeiten, als nur bei genauester Inspektion die der Haut in ihrer Färbung sich anpassenden Tierchen gesehen werden, auch Dubreuilh sagt: „ils sont très difficiles à voir, fixés qu'ils sont à la base du cil"; die mit Nissen besetzten Cilien sehen wie bestäubt aus. Durch die sekundäre Reizung kann leicht eine Verwechslung mit trockenen ekzemartigen Erkrankungen der Lider vorkommen; stets besteht eine mehr oder weniger heftige Blepharitis, manchmal Conjunctivitis.

Die Kopfphtiriasis ist noch seltener zu beobachten. Jullien erwähnt in seiner oben angeführten Arbeit eine Beobachtung von Grassi, der bei drei kleinen Schwestern die Parasiten an der Peripherie des Kopfhaares fand. Waldeyer demonstrierte in der Berliner dermatologischen Gesellschaft 1900 einen erwachsenen Mann, der im Nacken und hinter der rechten Ohrmuschel einzelne Phtirii und an den Haaren viele Nissen zeigte. Blaschko erwähnte in der Diskussion eine eigene Beobachtung, wo er die Überwanderung der Parasiten von der Mons veneris auf die Kopfhaut

[1] Im Anschluſs an diese Arbeit kurze Mitteilungen von Déve und Four-Raymond ebenfalls *Gaz. des hôp.*, 1892; cf. auch *Pratique dermatologique*, Bd. III, S. 857, Artikel von W. Dubreuilh.

beobachtet hatte. Brault schildert in den *Annal. de derm. et syph.* 1906, S. 70, einen Fall, der einen 18jährigen Mann betraf. Er sah Pubes, Cilien und Kopf befallen, es bestand kein Pruritus, im Nacken taches bleues. Am Kopfe sah er die Parasiten in drei abgegrenzten Bezirken, über der Stirn, hinter den Ohren und am Hinterkopf. Alle waren von der Haargrenze durch eine schmale Zone, wo man keine fand, getrennt. Nach Stock in Mračeks Handbuch haben Trouessart, Heisler und Róna „bei Kindern und jungen Leuten Filzläuse auf dem Haarboden“ gefunden.

Das Befallensein der Cilien und der Kopfhaare ist nach den vorliegenden Mitteilungen keineswegs ein Zeichen besonders ausgedehnter Phtiriasis. Die meisten Fälle scheinen sogar trotz ursprünglicher Genitalinfektion auf die erwähnten Partien beschränkt zu sein. Gerade bei den ausgedehntesten Fällen, wo eine Abwanderung in weniger befallene Gebiete erklärlich wäre, haben wir selbst bisher stets ein Freibleiben der Augen und des Kopfes gefunden. Um dies merkwürdige, anormale Verhalten zu rechtfertigen, sind amerikanische Autoren auf den Gedanken gekommen, dafs vielleicht bei der Ciliarphtiriasis eine andere Phtiriusart durch Übertragung von Tieren aus in Betracht kommt, doch haben sich dafür keine weiteren Anhaltspunkte ergeben. Anläfslich der Waldeyerschen Demonstration glaubte Blaschko die Temperaturunterschiede der bedeckten und unbedeckten Haut in diesem Sinne verantwortlich machen zu können; demgegenüber wurde aber schon damals bemerkt, dafs damit das Vorkommen im Backenbart nicht in Einklang steht. Waldeyer sah in der Form und Dichte der Haare ein sozusagen mechanisches Hindernis der Parasitenansiedlung auf dem Kopfe, insofern sich die Phtirii nicht zwischen den engstehenden Haaren fortbewegen könnten. Jedenfalls ist es recht auffallend, dafs die Tierchen, welche unter Umständen eine so weite Wanderung, wie von den Pubes bis zu den Achselhaaren unternehmen, so selten die übrigen behaarten Teile aufsuchen. Dafs diese Ausbreitung übrigens nicht durch eine passive Wanderung (Verschleppung durch Kratzen) bedingt ist, wie dies Stock annimmt, scheint mir schon aus dem häufigen Vorkommen in den Achselhöhlen hervorzugehen, denn es ist nicht recht verständlich, wie sie gerade dorthin durch Kratzen gelangen können; auch besteht häufig bei den ausgedehntesten Fällen keinerlei Juckreiz. Überdies zeigen uns ja meist die taches bleues auf Brust- und Bauchhaut den aktiv zurückgelegten Weg. Vielleicht kann man aber die Ausbreitung der Phtirii mit einem ganz anderen Moment, nämlich mit der Hautsekretion, in Verbindung bringen. Zweifelles sondern die Talg- und Schweifsdrüsen der verschiedenen Körperstellen in ihrer chemischen Zusammensetzung aufserordentlich differierende Sekrete ab, die sich ja teilweise schon ganz grob durch den Geruch unterscheiden lassen. Es ist nicht ganz unwahrscheinlich, dafs die Parasiten an Stellen mit bestimmten Sekretionsprodukten

(Scham- und Achselhaare) gebunden sind oder wenigstens dort sich mit Vorliebe aufhalten. Will man die seltenen Fälle der Ciliar- und Kopfphtiriasis mit dieser Hypothese in Zusammenhang bringen, so müfste man eine Umstimmung im Sekretionschemismus des betreffenden Individuums annehmen, der die Parasiten von den sonst befallenen Prädilektionsstellen vertreibt. Dafür spricht vielleicht eine amerikanische Beobachtung, wo bei wiederholter Infektion derselben Person stets die Augenbrauen befallen wurden, und die konsequente Abwanderung aller Parasiten von den landläufigen Stellen bei meinem Fall.

Um die Therapie kurz zu streifen, empfiehlt Jullien die mechanische Entfernung aller Parasiten und Nissen aus den Cilien, andere arbeiten mit 2—3%igen Präzipitatsalben, wir haben die gewöhnliche gelbe Augensalbe (1% Hydr. oxyd. flav.) benützt. Auf dem Kopfe dürfte man mit 5- bis 10%iger Präzipitatsalbe schnell zum Ziele kommen.

Aus der Praxis.

Zur „Reaktionsfähigkeit der Haut im Kindesalter".

Von

Dr. J. Broers (den Haag).

Im Anschlufs an den Artikel „Über die Reaktionsfähigkeit der Haut im Kindesalter" von Doz. Dr. S. C. Beck in Nr. 10 *dieser Zeitschrift* kann ich einen Fall mitteilen, worin ein Mädchen in der Rekonvaleszenz von Scarlatina eine kokkogene Hauterkrankung im Gesicht, auf dem Kopfe und an den Händen und Füfsen bekam. Vorher hatte sie niemals so etwas gehabt, ebensowenig jemand der Familie, weder vorher noch nachher. Der Ausschlag hatte den Charakter der Impetigo vulgaris: kleine und gröfsere Blasen mit hellem Inhalt, der sich später trübte und zu serösen Krusten eintrocknete; ab und zu zeigte sich auch ein Furunkel. — Trotz sachmäfsiger Behandlung durch eine erfahrene Pflegerin mit den gebräuchlichen Mitteln: Seifenwaschungen, Ichthyolzinkschwefelpaste, weifse Präzipitatsalbe mit Salicylsäure, dauerte es mehr als ein halbes Jahr, bevor der Ausschlag geheilt war.

Anfangs suchte ich die Ursache der Hartnäckigkeit in der gröfseren Vulnerabilität der nach der Abschuppung zarten Oberhaut, aber nach dem Lesen des Artikels Becks wirft sich mir die Frage auf, ob wir es auch hier nicht mit einer durch das Scharlach erzeugten, erhöhten Empfindlichkeit der Haut gegen Strepto- und Staphylokokken (einer Art heterogener Anaphylaxie) zu tun haben.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. Januar 1910.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. LIPMAN-WULF demonstriert einen seit vier Monaten an einer **universellen Erythrodermie** erkrankten Mann, der sich jetzt in der Besserung seines schweren Allgemeinzustandes befindet (Erythrodermie exfoliative généralisée).

2. LIPMAN-WULF demonstriert einen jungen Mann, in dessen Nabel sich infolge Verlagerung des Epithels beim Nabelschlufs' eine **Cyste** gebildet hat.

3. HELLER demonstriert einen Mann mit einem Streifen aus stark erhabenen Lichen planus-Knötchen an der Innenseite des rechten Oberschenkels, **Lichen ruber hypertrophicus.**

4. HELLER demonstriert ein **exstirpiertes Carcinom** vom Handrücken eines Paraffinarbeiters, das auf dreimalige Röntgenbehandlung mit 1/4 Erythemdosen rapid gewachsen war.

Diskussion: SAALFELD meint, dafs das Wachstum vielleicht nicht eingetreten wäre, wenn die Röntgendosen höher gewesen wären.

5. FRITZ LESSER hält einen Vortrag über die **Modifikationen der WASSERMANNschen Reaktion,** in welchem er zu dem Ergebnis kommt, dafs keine der Änderungen und Vereinfachungen, welche von STERN, BAUER, HECHT, BRIEGER und RENZ angegeben worden sind, der alten WASSERMANNschen Methode gleichwertig sei, namentlich deshalb, weil bei ihnen die Möglichkeit, alle Kontrollen auszuführen, beschränkt sein mufs (beim Fehlen des Amboceptorzusatzes ist die Extraktkontrolle nicht ausführbar). Dagegen ist man nicht an den wässerigen Fetalleberextrakt gebunden. Der wirksame Stoff ist in allen Lebern vorhanden, kann aber nur aus den matschen Lebern macerierter Früchte leicht ausgelaugt werden. Ebenso bekommt man ihn leicht aus der Leber der Erwachsenen bei akuter gelber Leberatrophie. An Stelle des Leberextraktes kann aber mit vollkommener Gleichbedeutung der ätherische Extrakt aus Menschen- oder Meerschweinchenherzen treten. Am besten prüft man Extrakte nicht an sehr stark ablenkenden Seren, denn für diese sind alle Extrakte gut, sondern an solchen, die vor der Behandlung starke Reaktion gaben und dann unter der Hg-Behandlung zur negativen Reaktion übergingen. An diesen läfst sich ausprobieren, ob ein Extrakt fein reagiert oder nicht.

Diskussion: WECHSELMANN entwickelt die theoretischen Vorgedanken für die von ihm empfohlene Inaktivierung des Serums durch Ausschütteln mit Bariumsulfat an Stelle des Erhitzens. Diese Methode ergab 8% mehr positive Ausschläge als die übliche Inaktivierung durch Hitze. Man setzt zu 0,9 Serum 3,0 Kochsalzlösung, 0,5 feingefällter 7%iger Bariumsulfataufschwemmung; die Mischung bleibt eine Stunde im Brutschrank.

MEYER sieht als die exakteste Methode die alte WASSERMANNsche an. Den LESSERschen Extrakt hat er mit Erfolg benutzt.

LEDERMANN arbeitet nur mit wässerigem Leberextrakt. Akute gelbe Leberatrophie gibt sehr gute Extrakte. Mit der Methode von WECHSELMANN hat er in einer Anzahl von Fällen klarere Resultate bekommen, nie aber ist in einem negativen Falle die Reaktion dadurch positiv geworden. Die STERNsche Modifikation (aktives Serum und Fortlassen des Meerschweinchenserums) hat in zwei sicheren Luesfällen ihm eine

positive Reaktion gegeben, wo WASSERMANN negativ war (unter 166 Fällen 63mal WASSERMANN +, 65mal STERN +).

HALBERSTAEDTER warnt vor der Benutzung des aktiven Serums, welches vielfach bei normalen Menschen positive Reaktionen erzielen läfst, ein Übelstand, der bei STERN auch in Frage kommt. Brauchbare Extrakte hat er experimentell erhalten bei chronischer Phosphorvergiftung von Kaninchen oder aus Lebern, die der Autolyse unterworfen wurden.

6. DREUW demonstriert ein **katheterartiges Instrument**, durch dessen eigentümliche vielfache Bohrung der Wasserstrahl eine intermittierende Bewegung erzeugt, die eine Art von Vibrationsmassage hervorbringt. Es ist in der Harnröhre sehr brauchbar.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Dezember 1909.

Ein Fall von atypischer myeloider Leukämie mit knotiger Hautinfiltration, von H. D. ROLLESTON-London. Patientin, eine 58jährige Frau, berichtet, dafs sie seit mehreren Monaten Schmerzen in den Knochen, speziell im Brustbein und den Rippen, von Zeit zu Zeit verspürt und aufserdem seit etwa zwei Monaten an verschiedenen Körperstellen Knötchen, welche zuerst von Erbsengröfse waren und dann die einer grofsen Traube erreichten, wahrgenommen hat. Das Allgemeinbefinden war mit Ausnahme einer gewissen Schwäche ein gutes. Die Knötchen und Knoten waren zahlreich über den Vorderseiten des Körpers, um die Pubes, in ganz geringer Anzahl am Rücken verbreitet, am Kopf und Nacken keine vorhanden. Vergröfserte Drüsen waren in Achseln und Leistendrüsen frei beweglich zu fühlen. Die Haut der Patientin war sehr blafs. Die Blutkörperchenzählung zeigte bedeutendes Überwiegen der roten gegenüber den weifsen (2—3 Millionen auf 80—50000 weifse Zellen). Die Behandlung ergab mit Röntgenstrahlen bedeutende Besserung sowohl der allgemeinen Schwäche wie der Hautknoten, welche teilweise ganz zurückgingen, teilweise kleiner wurden. Plötzlich stellte sich jedoch ein erhöhter Schwächezustand ein, die Knochenschmerzen nahmen wieder zu und Patientin starb nach etwa halbjähriger Dauer der Hautaffektionen. Sektion wurde nicht gemacht. Die Biopsie einzelner Knötchengeschwülste (in Paraffin, LEISHMANNS, GIEMSAS und PAPPENHEIMS Färbung) ergab Verdünnung der Haut und dichte Anhäufung von Lymphocyten und polymorphen Leukocyten. Mit photographischen Reproduktionen über das mikroskopische Bild und den histologischen Befund. *Stern-München.*

The Journal of cutaneous Diseases including Syphilis.

Dezember 1909.

Einige Beobachtungen über die Resultate der WASSERMANNschen Reaktion bei Sklerodermie, von HENRY H. WHITEHOUSE-New York. WH. beobachtete im ganzen sieben Fälle von Sklerodermie (wovon vier aus LUSTGARTENS und drei aus seiner eigenen Praxis); fünf derselben waren Beispiele eines diffusen symmetrischen Skleroderma und zwei von bandförmigen, morphaeaähnlichen. Von den fünf ersteren gaben

drei eine ausgesprochen positive, einer eine schwach positive und einer eine negative, die zwei anderen eine negative Reaktion, was bezüglich der letzteren sehr erklärlich, da sie sechs bis zwölf Monate in antisyphilitischer Behandlung standen und es sich um zweifellos anderweitige syphilitische Erscheinungen handelte. Diese sieben WASSERMANNschen Reaktionen wurden von drei verschiedenen Ärzten und in jedem Falle die ursprüngliche WASSERMANNsche und die NOGUCHI-Modifikation ausgeführt, in einem Falle mehr als einmal und in allen mit zahlreichen Kontrollversuchen. Die Frage erhebt sich nun, ob Skleroderma zu den wenigen Krankheiten — ebenso wie Lepra, Framboesie, Schlafkrankheit, schweren Fällen von Diabetes und zuweilen Scharlach — zählt, die gleich Syphilis eine positive Reaktion auf die WASSERMANNsche Reaktion geben, oder ob Skleroderma den syphilitischen Affektionen zuzuzählen ist. WH. findet nun klinisch wie histologisch soviel Ähnlichkeit zwischen den durch Syphilis hervorgerufenen und den bei Skleroderma konstatierten Veränderungen, dafs ihm letztere Hypothese viel wahrscheinlicher dünkt, zumal wenn, wie die Mehrzahl der Forscher glauben, Gefäfsveränderungen der primäre Sitz der Erkrankung auch bei Skleroderma ist. Merkwürdigerweise ist THIBIERGE der einzige Autor, welcher diesen ätiologischen Zusammenhang (Syphilis als gelegentliche Ursache von Skleroderma) erwähnt. Bezüglich der therapeutischen Beobachtungen hält sie WH. noch für zu unvollkommen, um ein helleres Licht auf diese Frage zu werfen, aber er möchte immerhin zu weiteren Forschungen nach der gedachten Richtung hin anregen.

Die psychologische Seite der Dermatitis factitia, von GEORGE PERNET-London. P., der auf spezielle Einladung dieses Thema auf der 33. Jahresversammlung der amerikanischen dermatologischen Vereinigung (Philadelphia, 3. bis 5. Juni 1909) besprach, glaubt, dafs wir es in den meisten Fällen von willkürlich hervorgerufener Hautentzündung mit einer psychologisch veränderten Persönlichkeit zu tun haben; bei genauer Untersuchung seiner Fälle fand er auch meist hysterische Stigmata und als positive Zeichen derselben Hemianästhesie usw.

In der anschliefsenden Diskussion erklärte JAMES NEVINS HYDE, dafs er und seine Kollegen etwa 25 ähnliche Fälle gesammelt haben, gewöhnlich Erscheinungen von Hysterie damit verbunden und meist die Veränderungen in ihrem künstlich hervorgerufenen Charakter nicht zu verkennen waren, wiewohl die Kranken das immer leugneten.

MARTIN F. ENGMAN neigt auf Grund seiner eigenen Erfahrungen der Ansicht zu, dafs diese hysterischen Stigmata meist eine psychosexuelle Grundlage hätten.

WILLIAM S. GOTTHEIL machte die Erfahrung, dafs Okklusivverband mit Pariser Pflaster ein untrügliches diagnostisches Hilfsmittel sei; er könnte drei bis vier Fälle anführen, bei welchen die sorgfältigste Aufsicht bei Tag und Nacht getäuscht wurde und sich das Pflaster als das beste Mittel der Differenzierung von wirklichen Dermatosen erwies.

HARTZELL, der eine gute Anzahl selbsthervorgerufener Dermatosen beobachtete, machte mit dem Okklusivverband dieselben günstigen Erfahrungen, während es auf andere Weise aufserordentlich schwierig war, den Patienten beizukommen oder gar sie zu einem Geständnis zu bewegen.

Adipositas cerebralis, von GEORGE PERNET-London. P. berichtet über einen Fall bei einer 29jährigen Frau, der anfangs für Myxödem gehalten wurde, auf Schilddrüsenextrakt keine Besserung zeigte und wo nach den Erscheinungen von Diplopie, Lethargie, Parese des dritten und siebenten Gehirnnerven, Neuritis optica schliefslich die Diagnose Hypophysentumor gestellt wurde. Bei der Sektion wurde ein Adenom der Glandula pituitaria gefunden, Hautschnitte ergaben aufser der allgemeinen Adipositas hypertrophischen Zustand des Derma; Kollagen und elastisches Gewebe sehr verdickt

und im ganzen vergröbert. Es ist also ein Zustand, der das ganze Integumentum betrifft, und möchte P. dafür eher die Bezeichnung Dermo-adipositas cerebralis wählen.

Eine vergleichende Studie von Acrodermatitis chronica atrophicans und diffusem Skleroderma, mit Morphoea atrophica verbunden, von J. P. Kanoky und R. L. Sutton-Kansas City. Verfasser beobachteten zwei Fälle von Hautatrophie, die in ihrer ganzen Art und Verlauf identisch mit den von Herxheimer und Hartmann zuerst im Jahre 1902 unter obigem Namen beschriebenen waren und deren sie bis jetzt 36 an Zahl in der gesamten Literatur publiziert fanden. In beiden Fällen handelte es sich um kräftige Männer im Alter von 46 und 48 Jahren, bei welchen die Krankheit vor Jahren an der Dorsalfläche der linken Hand resp. den Fingern der rechten Hand begann, zu sehr langsam heilenden Hautgeschwüren und schliefslich Atrophie der Haut an beiden Händen (30 cm lang, 5 cm breit) und ebenso umschriebenen Herden (6 : 10 cm) am Nacken führte; bei dem zweiten Patienten fanden sich auch an der Bauchfellhaut, in der Leistengegend, am Penis und am linken Knöchel solch atrophische Hautstellen. Die histologische Untersuchung von solchen unter Kokain-anästhesie exzidierten Hautstückchen zeigte in beiden Fällen unregelmäfsige Anhäufung elastischer Fasern, Abwesenheit von Fettzellen, Obliteration und Verkleinerung der Schweifsdrüsen-Ausführungsgänge, Verdünnung der Hautstrukturen, Abflachung der Papillarschicht und Atrophie der Talg- und Haarbalgdrüsen; diese Veränderungen sind in beiden Fällen auf die gleiche Ursache, Druck durch Hypertrophie der kollagenen Zwischenzellsubstanz, zurückzuführen. Sowohl der klinische Verlauf wie mikroskopische Befund lassen Verfasser für ihre zwei Fälle ein ödematöses Skleroderma umschriebener Art, das sich im atrophischen Stadium befindet und identisch mit der Acrodermatitis chronica atrophicans ist, annehmen. Wenn auch unsere Kenntnisse über die Ätiologie dieser merkwürdigen Hautaffektionen noch recht mangelhafte sind, so dürfte die allgemeine Annahme, dafs sie die Folge von Trophoneurosis, die von Veränderungen im Zentralnervensystem abhängen, sind, die, wenigstens theoretisch, einfachste Erklärung abgeben. Mit fünf photographischen Abbildungen der hauptsächlich befallenen Stellen der beobachteten zwei Fälle und Literaturzusammenstellung.

Tuberkulininjektionen bei der Behandlung einiger Hautkrankheiten, von A. Schuyler Clark-New-York. Verfasser behandelte eine Anzahl (sechs) Fälle von Lupus erythematosus, Lupus vulgaris, einen Fall von Erythema induratum, Granuloma necroticum und von Skrophuloderma mit Tuberkulininjektionen, beginnend mit der Dosis von $^1/_{20000}$ mg, und fand dieselben bei den letztgenannten Affektionen von therapeutischem, ja sogar von einem gewissen Heilwerte, wie eben bei allen als Tuberkulide bezeichneten und durch Toxine des Tuberkelbacillus hervorgerufenen Hautkrankheiten. Lupus erythematosus und der sogenannte Lupus pernio wurden durch Tuberkulininjektionen nicht beeinflufst und sind wahrscheinlich keine tuberkulösen Erkrankungen. Was nun die Tuberkulininjektionen bei Lupus vulgaris und den mit ihm verwandten wirklichen Hauttuberkulosen betrifft, so kommt Clark zu dem Schlusse, dafs nur wenige erlesene Fälle mit beträchtlichem Erythema und Kongestion, die wahrscheinlich zum Teil auf die Nebenwirkung tuberkulöser Toxine zurückzuführen sind, davon Vorteil haben werden. Bei dieser Art von Fällen wäre vielleicht nach Saenger die Einreibung der Moroschen Tuberkulinsalbe in die Hautläsion selbst, die eine spezifische Lokalreaktion ohne Allgemeinstörungen hervorruft, zu empfehlen. Bei Skrophulodermie und speziell tuberkulösen Geschwüren scheinen Clark selbst bei Anwesenheit von Tuberkelbazillen Tuberkulininjektionen Besserung zur Folge zu haben, wenn zugleich allgemein und lokal hygienische Mafsnahmen getroffen werden.

Stern-München.

Verhandlungen der Royal Society of Medicine, Dermatological Section.

Sitzung vom 17. Juni 1909.

Ein Fall von hartnäckigem Ausschlag an den Händen und Füfsen (Acrodermatitis perstans), von H. G. Adamson. Das Leiden hat bei dem zwölfjährigen Kinde trotz verschiedentlicher Behandlung bereits fünf Jahre bestanden. Es präsentiert sich als eine diffuse Infiltration der Haut der Hände, der Füfse und Unterschenkel nebst fortwährenden Schüben von Bläschenbildung mit Übergang in Pusteln.

Fall von multiplen Teleangiektasen, von H. G. Adamson. Bei der 28jährigen, ledigen Patientin waren die zahlreichen verschiedenartigen Teleangiektasien angeblich erst sieben Monate zuvor entstanden.

Fall von Urticaria pigmentosa, von J. L. Bunch.

Fall zum Diagnostizieren, von G. W. Dawson. Die Affektion war nach einer Verbrennung am Vorderarm entstanden und wird als Lichen planus erythematosus diagnostiziert.

Multiple Comedonen bei einem 13 Monate alten Kinde, von S. E. Dore. Die sehr ausgebreitete und hochgradige Affektion betraf namentlich den Thorax und war darauf zurückzuführen, dafs wegen Bronchitis wiederholt Einreibungen mit Kampferöl appliziert worden waren.

Fall von sehr akutem Lupus erythematosus, von A. Eddowes.

Mykose der Zunge und Nägel bei einem Mädchen, von J. G. Forbes. Bei dem 8½ Jahre alten Kinde besteht seit dem dritten Lebensmonat in bald stärkerem, bald schwächerem Mafse auf dem Zungenrücken eine auf das Vorhandensein von Oidium albicans zurückzuführende weifsliche Membranbildung, welche sich gelegentlich auch weiter über die Mundschleimhaut ausbreitet. Die Fingernägel erkrankten zuerst vor 2½ Jahren; sie zeigten Veränderungen, welche an Tinea tonsurans erinnerten. Die bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein von sowohl Oidium albicans als auch eines mit Trichophyton ectothrix übereinstimmenden Wachstums.

Fall von Erythromelalgie, von J. Galloway. Bei der 66jährigen Patientin hatte die Affektion zu Nekrose des linken Zeigefingers geführt. Eine syphilitische Infektion alten Datums war jedenfalls vorangegangen.

Fall von Xanthoma diabeticorum, von J. Galloway. Die sehr ausgesprochenen Hautläsionen bei dem 33jährigen, mit einer Glykosurie von 4 bis 6% behafteten Patienten erfuhren zugleich mit einer Verminderung der Zuckerausscheidung eine höchst befriedigende Besserung unter Behandlung durch strenge Diätvorschriften und Verabreichung von Kokain in Gaben von 0,1 bis 0,35 pro die in refracta dosi.

Fall von Cheilitis exfoliativa, von E. G. G. Little. Die seit etwa zwei Jahren bereits bestehende Affektion bei der 21jährigen Näherin führte zeitweilig zu so starker Borkenbildung, dafs der Mund um ½ cm offen blieb. Die bisherige Behandlung (Pinseln mit Collodium elasticum) hat noch keine Heilung bewirkt.

Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit, von E. G. G. Little. Typischer Fall bei einem 14jährigen Knaben.

Multiple Hämorrhagien in der Haut und dem subcutanen Zellgewebe bei einem zehnjährigen Mädchen, von E. G. G. Little.

Fall von universellem miliarem papulösem Ausschlag, von E. G. G. Little.

Fall von spontanem Vergehen eines Endothelioms (Naevo-Xanthom), von J. E. R. McDonagh. Es handelte sich um zahlreiche kongenitale, kleine Tumoren von bräunlichroter, später von hellgelber Farbe; die bei zwei Gelegenheiten ausgeführte Biopsie ergab die Diagnose Endotheliom. Als das Kind drei Jahre alt war, bot die ganze Oberfläche keinerlei Abnormitäten aufser einer etwas intensiven weifsen und glänzenden Beschaffenheit an den Stellen, wo die Geschwülste gesessen hatten, dar.

Fall von Psorospermosis follicularis vegetans (DARIERsche Krankheit), von J. M. H. MACLEOD. Klinischer und histologischer Bericht über ein 25jähriges Dienstmädchen, bei welchem die Affektion schon 13 Jahre bestanden zu haben scheint.

Fall von Trichophytie der Kopfhaut mit Defluvium capillorum, von F. W. D. FRASER.

Ein Fall zum Diagnostizieren, von M. MORRIS.

Pityriasis rubra nach Psoriasis nebst Osteoarthritis bei einem 37jährigen Manne, von M. MORRIS. Die sehr intensive und fast universelle Affektion hat unter der SALISBURY-Diät (Fleisch und heifses Wasser) eine entschiedene Besserung erfahren.

Leukämische Knötchen der Haut bei einer 58jährigen Frau, von H. D. ROLLESTON und W. FOX.

Canities bei einem Kinde, von J. H. SEQUEIRA.

Ein Fall von tertiärer Syphilis, von J. H. SEQUEIRA.

Sitzung vom 15. Juli 1909.

Über einige mit flüssiger Luft behandelte Fälle nebst Vorführung der Anwendungsart bei einem Falle von Naevus flammeus, von H. R. CROCKER †. Im allgemeinen günstige Resultate erzielte C. bei zwei Fällen von Naevus flammeus und bei je einem Falle von Naevus hypertrophicus, Lupus vulgaris und einer behaarten Mole. Bestimmte Regeln für die Dauer der Applikation lassen sich zurzeit noch nicht angeben.

Über drei durch Kohlensäureschnee geheilte Fälle von hypertrophischem vaskulösem Naevus, von J. M. H. MACLEOD. Die Anwendungsdauer betrug 10 bis 40 Sekunden. Der eine Fall heilte nach einer einzigen Applikation, der zweite nach drei Sitzungen und der dritte zeigt nach einer einzigen Sitzung wenigstens eine wesentliche Besserung.

Dermatitis herpetiformis bei einem fünfjährigen Knaben, von H. M. H. MACLEOD. Als eine wahrscheinliche Erklärung dieses ungewöhnlichen Vorkommnisses teilt Verfasser mit, dafs der Knabe eine verhältnismäfsig grofse Dosis Quecksilberpillen (Hydrargyrum c. creta) genommen hatte.

Ein Fall von neurotischen Exkoriationen, von H. G. ADAMSON. Die Läsionen bei dem 16jährigen Dienstmädchen waren offenbar durch Kratzen bedingt, veranlafst durch das im übrigen nicht ganz erklärliche Auftreten von intensiv juckenden Papeln.

Fall von Akne scrophulosorum, von H. G. ADAMSON.

Zwei Fälle von Lupus erythematosus, von H. DAVIS. Das Jonisierungsverfahren mit Zink resp. mit Kupfer scheint günstig gewirkt zu haben.

Kulturen von Trichophyton rosaceum von zwei Fällen von Tinea barbae, von H. G. ADAMSON und A. WHITFIELD. In England sind bisher nur zwei solche Fälle publiziert worden.

Fall von Erythema gyratum, von A. EDDOWES.

Fall von PAGETscher Krankheit, von W. EVANS.

Adenoma sebaceum bei einem 20jährigen Mädchen, von E. G. G. LITTLE. Die Patientin bot nichts dar von der sonst bei solchen Fällen gewöhnlich beobachteten geistigen Minderwertigkeit oder Neigung zu Krampfanfällen.

Eine eigentümliche Form von Elephantiasis, von J. E. R. MCDONAGH. Betraf einen 65jährigen Gastwirt, der stets in England gelebt hatte. Die Affektion besserte sich nach einer Probeexzision.

Lupus erythematosus mit Lokalisation vorwiegend auf der Kopfhaut, von G. N. MEACHEN.

Ausgedehnte Akne mit Narben und Keloidbildung, von M. Morris (Ill.). Die Affektion umfaſste beinahe den ganzen Rumpf; M. will mit einer aus den Läsionen gewonnenen Vaccine von Staphylococcus aureus behandeln.

Fall von Dermatitis factitia, von G. Pernet.

Sitzung vom 21. Oktober 1909.

Multiple Narben mit Vortäuschung von syphilitischer Leukodermie, von H. G. Adamson.

Kleinfollikuläres Syphilid von corymbiformem Typ, von H. G. Adamson.

Ein Fall von Lichen scrophulosorum, von E. G. G. Little.

Akuter und sehr intensiver Ausbruch von Erythema iris bei einem zirka 35 Jahre alten Manne, von E. G. G. Little. Die Läsionen bedeckten in enormer Anzahl den Rumpf und die Oberschenkel; es fehlte allerdings die sonst gewöhnlich beobachtete neutrale Bläschenbildung.

Urticaria pigmentosa von ganz ungewöhnlicher Intensität, von E. G. G. Little.

Fall von cystischem Ulcus rodens, von J. M. H. Macleod. Unter Behandlung mit Radium trat sofort eine Besserung an dem zirka halbkirschgroſsen Tumor der Wange ein; nach vier bis fünf Monaten war derselbe vollständig verschwunden. Bemerkenswert war noch die multilokuläre Cystenbildung an der Basis der Neubildung.

Verdickung der Haut der Handteller und Fuſssohlen bei einer 31jährigen Frau, von M. Morris und S. E. Dore. Es handelte sich vielleicht um einen Fall von frühzeitiger Acanthosis nigricans.

Eigentümliche Affektion der Finger- und Zehennägel, von M. Morris und S. E. Dore. Die Affektion betraf sämtliche Nägel mit Verfärbung, Veränderung der Konsistenz und Lostrennung vom Nagelbette.

Bericht über einen Fall von ausgedehnter Akne mit Narbenbildung, von M. Morris und S. E. Dore. Der in der letzten Sitzung beschriebene Fall ist unter der Behandlung mit Vaccine im Laufe von sieben Wochen zur Heilung gelangt.

Einige durch Tuberkulininjektionen behandelte Fälle von Skrophulodermie und Lupus, von G. T. Western. Der Bericht umfaſst fünf Fälle. Die Injektionen erfolgten in minimalen Dosen, d. h. es wurde stets nur gerade genügend gegeben, um eine Reaktion zu erzielen. Die Resultate waren recht günstig.

Ein Fall zum Diagnostizieren, von W. K. Wills. (Mit Abbildung.) Bei dem 20jährigen Manne war fast das ganze Gesicht mit mehr oder weniger dicht gesäten pigmentierten, erhöhten Papeln besetzt; es handelt sich wohl (trotz negativen Ausfalls von Pirquetscher und Tuberkulinprobe) um follikuläre Tuberkulide.

Philippi-Bad Salzschlirf.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band XIII, Nr. 11.

1. **Eine neue Folge von 112 Fällen von totaler Enukleation der Prostata,** von P. Johnston Freyer-London. Kasuistik.

2. **Immunität und postsyphilitische Erkrankung,** von David Inglis-Detroit. Allgemeine Betrachtungen über den Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis.

3. **Komplette Ureterenduplicität,** von Byron Robinson-Chicago. Fortsetzung und Schluſs der Statistik.

4. **Röntgenstrahlendermatitis,** von J. N. McCoy - Vincennes. Die beste Behandlung ist die Prophylaxe. Das Röntgenerythem bedarf keiner Behandlung. Die Dermatitis bullosa heilt auf die gebräuchliche Verbrennungstherapie. Röntgenulcerationen müssen bis ins gesunde Gewebe exzidiert werden.

5. **Syphilis bei den Höhlenmenschen und auf ihren hölzernen und tönernen Götzenfiguren,** von ALBERT S. ASHMEAD-Pennsylvania. Fortsetzung folgt.

7. **Beziehung der LANGERHANS-Zellen zur Glykosurie,** von W. G. MACCALLUM-Baltimore. Nachprüfung der Arbeit von SAUERBECK, LUBARSCH und OSTERTAG und der von MINKOWSKI angegebenen Pankreasresektion. *Schourp-Danzig.*

Mitteilungen
der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
Band VIII, Heft 6.

Über sexuelle Belehrung in Fortbildungsschulen, von HARTTUNG-Breslau.

Schularzt und sexuelle Aufklärung, von M. COHN-Berlin-Charlottenburg.

Schourp-Danzig.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.
Band X, Heft 6.

Beschäftigung von Geschlechtskranken in Krankenhäusern, von FRANZ NAGELSCHMIDT-Berlin. Den Gedanken, die Geschlechtskranken in Krankenanstalten mit Handwerkerarbeiten oder anderen nutzbringenden Beschäftigungen in Tätigkeit zu erhalten, weist der Verfasser damit zurück, dafs es vermieden werden mufs, dem Gewerbe durch Schaffung ähnlicher Produkte Konkurrenz zu machen und den Schein der Ausnutzung durch die Krankenhausverwaltung zu erwecken. Dafür aber gibt es eine Anzahl von Beschäftigungen in Luxusarbeiten, Schnitzereien, Modellierarbeiten, in Unterhaltungsspielen und in Sportspielen, die in vielen Fällen für die Beschäftigung Kranker nutzbringend sind.

Weiterhin schlägt der Verfasser vor, durch musikalische Aufführungen und durch Vorträge über allgemeinverständliche Themata die Kranken zu unterhalten. Damit will er eine geistige Krankenpflege einführen, durch welche die unfreiwillige Mufsezeit der Kranken ausgefüllt wird und zugleich eine Ergänzung der Volksbildung, eine Verfeinerung des ethischen Empfindens, eine Aussöhnung der Klassenunterschiede erreicht wird. *Schourp-Danzig.*

Zeitschrift für Urologie.
Band III, Heft 11 u. 12.

Über kongenitale Bildungsfehler des Harnapparats, von BACHRACH. Verfasser beschreibt einen Fall von kongenitaler Mifsbildung des Harnapparats, der in Wien zur Sektion kam; es handelte sich um Einmündung des Ureters in den rechten Ductus ejaculatorius. Der 32jährige Mann war an einem Herzfehler verstorben. Die rechte Niere fehlte vollkommen, an ihrer Stelle fand sich ein erbsengrofses, fettumwachsenes Gebilde. Der rechte Ureter endete blind in dessen Nähe; er zeigte im Innern querstehende leistenartige Falten, die blasenwärts immer deutlicher werden; nach unten zu mündet er in den Ductus ejaculatorius und kommuniziert so mit der bedeutend vergröfserten rechten Samenblase.

Über einen Fall von Niere mit zwei Ureteren. Partielle Pyonephrose infolge von Verstopfung des einen der Ureteren durch einen Stein, von KUSNETZKY. Die 35jährige Patientin litt an einer Geschwulst, die der rechten Niere anzugehören schien. Das rechte Ureterenostium zeigte im Cystoskop schlaffe Konstruktionen und läfst nur einen schwachen Strahl hervorspritzen. Ein walnufsgrofser

Blasenstein wurde zuerst durch Lithotripsie entfernt, dann wurde die rechte Niere freigelegt und entfernt: es zeigte sich, dafs sie aus zwei Hälften bestand, einer oberen kleineren, vollkommen normalen mit einem normalen Ureter, und einer unteren gröfseren, die einen pyonephrotischen Sack darstellte, von dem ein dicker, durch einen Stein verstopfter Ureter abging. Die beiden Ureteren vereinigten sich in der Blasenwand zu einem gemeinsamen Ostium. Die definitive Heilung wurde erschwert durch häufige Anfälle von Anurie infolge eines im linken Ureter eingeklemmten Blasensteins, der aber stets durch Ureterenkatheterismus beseitigt werden konnte.

Tuberkulin und Nierentuberkulose, von F. Kraemer. Die Patientin war wegen rechtsseitiger Nierentuberkulose sieben Monate lang mit Alttuberkulin behandelt worden. Ihr Gesundheitszustand während der Kur war ein schwankender. Eine objektive Besserung des stets trüben Urins war nicht zu erkennen. Kurz nach Abschlufs der Turberkulinbehandlung wurde die rechte Niere exstirpiert: sie zeigte ausgedehnte Tuberkulose mit frischen Tuberkeln und Verkäsungen; keine anatomischen Befunde von Heilungsvorgängen. Auch in mikroskopisch noch nicht deutlich veränderten Partien finden sich mikroskopisch frische Tuberkel. Die Tuberkulinbehandlung war also nicht imstande, die Propagation der Tuberkulose zu verhindern.

Zur Ätiologie der Neurasthenia sexualis, von Michailow. Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit des Untersuchers auf die Betrachtung der hinteren Harnröhre bei sexueller Neurasthenie, Impotenz und Ejaculatio praecox; er findet stets passive Hyperämie der Schleimhaut, oft auch eine cystische Entartung der Vesicula prostatica und papillenartige Wucherungen im Bereich der unteren Harnröhre. Infolge dieser Befunde rät er stets zu einer örtlichen Behandlung der hinteren Harnröhre bei Neurasthenia sexualis.

Kongrefsbericht über die 12.—14. Sitzung der russischen Urologischen Gesellschaft in St. Petersburg.

Die geschlossene Pyonephrose tuberkulösen Ursprungs, von Kusnetzky.

Zur Frage des operativen Eingriffs bei beiderseitiger Nephrolithiasis, von Fedoroff.

Über die chirurgischen Eingriffe bei Pyonephrosis gravidarum, von Karesse-Korbut.

F. Hahn-Bremen.

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Bemerkungen über Komplementbindung bei der Diagnose der Syphilis und Dementia paralytica; die Wassermannsche Reaktion, von J. F. Flashman und A. G. Butler-Neu Süd Wales. (*Brit. med. Journ.* 9. Okt. 1909.) Unter 57 Fällen von Dementia syphilitica gab die Reaktion nur einmal ein negatives Resultat, und unter 41 Fällen von Syphilis war auch nur ein einziger Versager. Verfasser schildern die Einzelheiten der Technik und stellen ausführliche Betrachtungen über das Wesen und die Theorie der Komplementbindung an. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Dementia praecox und Syphilis, von Ssuchanow. (*Russki Wratsch.* 1909. Nr. 37, S. 1284.) Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit auf die Arbeit von Kljutschew

(*Wratschebnaja Gaseta.* 1909. Nr. 29, S. 883), derzufolge unter 60 Fällen von Dementia praecox in 41,6% der Nachweis sicherer Zeichen ererbter Lues gelang. Aufserdem fanden sich aber noch bei 30% der übrigen unsichere Zeichen von hereditärer Lues und in 8,3% Hinweise auf eine solche. Nur in 20% fehlten alle Andeutungen für Lues. Die WASSERMANNsche Reaktion fiel in 25% der Fälle positiv aus.

Arthur Jordan-Moskau.

Die Cerebrospinalflüssigkeit bei Dementia paralytica und bei Lues des Nervensystems, von G. S. WILLIAMSON-Greenock. (*Lancet.* 10. April 1909.) Verfasser hat vergleichende Untersuchungen über das Verhalten der Cerebrospinalflüssigkeit in bezug auf die Anzahl der Lymphocyten, das spezifische Gewicht, das Verhalten gegenüber der FEHLINGschen Lösung und das Vorhandensein von Cholin angestellt; ferner wurde geprüft auf die Anwesenheit von Nucleoproteid und Albumose, und auch die WASSERMANNsche und die NOGUCHIsche Probe wurden ausgeführt. Die untersuchten Fälle umfafsten aufser normalen Individuen sechs Patienten mit Dementia paralytica, ferner solche mit Tabes und Taboparalyse, drei Fälle von Syphilis, ferner Optikusatrophie, Gehirngumma usw. — Die Resultate bestätigten den diagnostischen Wert der Untersuchungsmethode. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Polyneuritis syphilitica, von H. STEINERT-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschrift.* 1909. Nr. 38 und 39.) Die Bedeutung des syphilitischen Virus als eines direkten ätiologischen Momentes bei der Entstehung einer akuten Polyneuritis ist, wie Verfasser durch eine ziemlich umfassende Darlegung der einschlägigen Literatur nachweist, keineswegs allgemein anerkannt. Zwei in der Leipziger Klinik beobachtete Fälle bieten wertvolle Erfahrungen in dieser Beziehung. Sie betrafen Männer von 29 resp. 20 Jahren mit relativ frischen luetischen Erscheinungen und ausgebreiteten neuritischen Symptomen teils der oberen, teils der unteren Extremitäten. Auf kräftige Inunktionskuren erfolgte vollständige oder beinahe vollständige Heilung, während die vorherige nicht spezifische Therapie sich als wirkungslos erwiesen hatte. Bei dem einen Falle hatten, was besonders erwähnenswert ist, anfangs unter der antiluetischen Behandlung sich die neuritischen Erscheinungen eine Zeitlang geradezu verschlimmert. Dafs aber die Anwendung von Quecksilber nicht an der Entstehung der Nervenläsionen schuld ist, weist S. auch durch eine ziemlich ausführliche Besprechung der Literatur nach. Zum Kapitel der Symptomatologie sind zwei Momente hervorzuheben, das vorzugsweise Befallenwerden der oberen Extremitäten und die Häufigkeit der pseudotabischen Erscheinungen. Die Prognose ist nicht als durchaus günstig zu bezeichnen, indem nicht nur dauernde Rückstände, sondern auch gelegentlich sogar Todesfälle beobachtet werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Diagnose der initialen Tabes, von KANN-Bad Oeynhausen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 25.) Eine eingehende Besprechung der Untersuchungstechnik und der neurologischen Diagnose der Tabes ohne wesentliche neue Gesichtspunkte. Auch die diagnostische Bedeutung der WASSERMANNschen Reaktion ist gewürdigt.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Behandlung der Tabes dorsalis, von G. I. MÜLLER-Berlin. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 21.) Bericht über elf Fälle von Tabes, die vom Verfasser mit Fibrolysininjektionen behandelt wurden. In den meisten Fällen erzielte Verfasser nach 10 bis 60 Injektionen eine auffallende Besserung. Es wurden nämlich in sämtlichen Fällen die lanzinierenden Schmerzen sehr günstig beeinflufst; ebenso in mehreren Fällen die Magen-, Mastdarm- und Larynxkrisen. Verhältnismäfsig rasch besserte sich die Blasenfunktion. Das Allgemeinbefinden hob sich erheblich. Wenig beeinflufst wurde die Ataxie. Die objektiven diagnostischen Symptome blieben unbeeinflufst.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Diagnose des Initialstadiums der progressiven Paralyse, von ARTUR MANN-Krakau. (*Der Militärarzt.* 1909. Nr. 12.) Nichts Neues.

Arthur Schucht-Danzig.

Syphilitische Pseudoparalyse, von L. T. ROYSTER-Norfolk. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 12.) In dem einen der beiden mitgeteilten Krankheitsfälle handelte es sich um ein vierwöchiges Kind mit Lähmung beider Arme; der andere Fall betraf ein fünfwöchiges Kind, bei welchem die Bewegungsstörungen der Arme durch die infolge Myositis oder Epiphysitis bedingte Schmerzhaftigkeit hervorgerufen wurden. Jeder Fall zeigte auf Quecksilbereinreibungen Verschwinden der Bewegungsstörungen.

Schourp-Danzig.

Ein künstlicher Extrakt zur Anstellung der Luesreaktion, von W. SCHÜRMANN-Düsseldorf. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 17.) Verfasser empfiehlt zur Anstellung der Syphilisreaktion einen Extrakt, in dem neben Lezithin das Natrium glycerino-phosphoricum und das vanadinsaure Ammonium verwendet wurde; der letzte Stoff soll katalytische Wirkung hervorrufen. Der Extrakt wird in folgender Weise zubereitet:

0,3 Lezithin wird in 50 ccm absoluten Alkohols gelöst und mit einer Lösung von 0,3 Natrium glycerino-phosphoricum in 5 ccm physiologischer Kochsalzlösung gemischt. Von dieser Mischung werden 30 ccm genommen und zu derselben 5 ccm Acidi lactici 1:10000 und 10 ccm vanadinsaures Ammonium (1%) zugesetzt. Von diesem Extrakte wird eine Verdünnung 1:10 hergestellt und der Extrakt auf seine antikomplementäre und hämolytische Einwirkung hin geprüft.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Luesnachweis durch Farbenreaktion, von A. STÜHMER. (*Fortschr. d. Med.* 1909. Nr. 19.) Verfasser kann nach Untersuchung an 50 Fällen die von SCHÜRMANN (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 14) angegebene Farbenreaktion auf Syphilis nicht bestätigen.

Haas-Hamburg.

Über die Farbenreaktion bei Lues, von A. ROTH und V. GOLDNER-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 19.) Die Technik der Farbenreaktion ist nach SCHÜRMANN folgende: Mit physiologischer Kochsalzlösung verdünntes und mit Perhydrol oxydiertes Blutserum wird mit UFFELMANNschem Reagens (Phenol 0,5, 5%iges Eisenchlorid 0,62, destilliertes Wasser 34,5) vermengt. Bei Lues bildet sich ein bräunlichschwarzer Niederschlag. Wenn keine Lues vorhanden, ist die Färbung gelblichgrün. Mit dieser Reaktion erreichte SCHÜRMANN sehr wertvolle Resultate. Die Farbenreaktion wurde in 36 Fällen mit der WASSERMANNschen Reaktion kontrolliert. Die vorgenommenen Untersuchungen beweisen, daſs in Fällen von manifester Syphilis die positive Reaktion ganz gleichwertig ist mit den von WASSERMANN erreichten Resultaten (95% positiv). In den klinisch als nicht luetisch diagnostizierten Fällen waren 27% positiv, d. h. von 43 Fällen waren neun positiv. Von diesen positiven Fällen waren drei auch auf WASSERMANNsche Reaktion positiv. Die übrigen sechs Fälle, d. h. der positive Befund von 14% der Untersuchungen, läſst auf die Mangelhaftigkeit der Untersuchungsmethode folgern.

In dieser Beziehung schlieſsen sich die Verfasser der Ansicht FINGERS an. Auch dieser erhofft durch Vervollkommnung der Reaktionstechnik, eventuell mit ihrer vollständigen Umbildung, die Berechtigung einer ausgedehnten Anwendung der Untersuchungsmethode. Vorläufig können sich die Verfasser nur mit Vorbehalt und Vorsicht äuſsern, so verlockend auch die Resultate sind.

Porosz-Budapest.

Über die SCHÜRMANNsche Farbenreaktion in Luesfällen, von A. GALAMBOS-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 21.) Nach SCHÜRMANN wird die Reaktion so vorgenommen, daſs man zu 1 ccm Blutserum 3—4 ccm destilliertes Wasser gibt, einen

Tropfen Perhydrol hinzufügt, das Ganze aufrüttelt und das Reagens dazu gibt, das aus Phenol 0,5. 5%igem Ferrum sesquichloratum 0,62, Aqua destillata 34,5 besteht. Im luetischen Serum entsteht sofort eine dumpfe, bräunlichschwarze Färbung, die nach dem Aufrütteln den Eindruck einer dichten Flüssigkeit macht. Im nichtluetischen Serum entsteht nach Beifügung des Reagens an der Grenze der Berührung eine schwache, grünliche Färbung, die bald entweder ganz verschwindet oder einer klaren, bläulichgrünen Farbe Platz macht. Nach dem Umschütteln bleibt die Flüssigkeit vollkommen durchsichtig. Im syphilitischen Serum war überdies beim Hinzufügen des Reagenz immer eine starke Schäumung bemerkbar. Da luetisches und nichtluetisches Serum diese Farbenreaktionsdifferenz nicht gibt, machte der Verfasser tierisches Blutserum (Kaninchen- und Rindviehblutserum) zum Gegenstande neuerer Untersuchungen. Mit diesem — von Blutzellen freien — Blutserum erhielt Verfasser ebenfalls eine schwarze Reaktion ohne Schäumung. Er versuchte sodann das Blutserum durch physiologische Kochsalzlösung, dann durch destilliertes Wasser zu ersetzen, und auch in diesem Falle stellte sich die Reaktion ganz so ein wie mit Blutserum. Aber auch da hatte die mit Blutzellen erfolgte Verunreinigung den negativen Ausgang der Farbenreaktion (Schäumung, klare Farbe) zur Folge. Weder die Schäumung noch die Farbendifferenz steht also im Zusammenhange mit dem luetischen oder nichtluetischen Charakter des Blutserums. Die Reaktion ist eigentlich nichts anderes als die durch Perhydrol hervorgerufene Oxydation des Karbols unter der katalytischen Einwirkung des $FeCl_3$. Die Anwesenheit bezw. der Mangel der Blutzellen ist insofern von Bedeutung, als bei Anwesenheit der Blutzellen unter Einwirkung der Oxydation das Perhydrol sich zersetzt (mit Schäumen), und da somit der zur Oxydation des Karbols nötige Stoff fehlt, bleibt die positive Reaktion — die Schwarzfärbung — aus, doch bei der neueren, nachträglichen Hinzufügung des Perhydrols tritt diese Reaktion wieder ein. In der Reaktion hat die wichtigste Rolle das Perhydrol. Blutserum ist zur Reaktion nicht notwendig. Statt des $FeCl_3$ kann als Katalysator auch $CuSO_4$ genommen werden, statt des Karbols als oxydabiler Stoff Resorcin oder Pyrogallol. Nur für Perhydrol konnte kein Ersatz gefunden werden, wenigstens mit den gewöhnlichsten Stoffen nicht.

Porosz-Budapest.

Über den Wert der Schürmannschen Probe für die Syphilisdiagnose, von M. Springer. (*Medycyna i Kronika lek.* 1909. Nr. 30.) Verfasser untersuchte 20 Sera gleichzeitig nach den Methoden von Wassermann und Schürmann und kam zur Überzeugung, daſs die letztere keineswegs spezifisch ist; sie trat in 33% aktiver und in 66,6% inaktiver syphilitischer Sera und in 20 resp. 40% nichtsyphilitischer Sera auf.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über die Schürmannsche Farbenreaktion bei Lues, von A. Braunstein-Moskau. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 68, Heft 3 u. 4.) B. fand, daſs Sera von Kranken mit Calculus renis, Carcinoma uteri, Ulcus ventriculi, Pneumonie u. a. dieselbe Schürmannsche Farbenreaktion zeigten wie luetische Sera, und daſs die von Schürmann angegebene Methode des Luesnachweises keine chemische Grundlage besitzt, sondern nur eine Phenoloxydation darstellt. *Schourp-Danzig.*

Über die Bewertung einer „Serum-Farbenreaktion“ zum Luesnachweis, von C. Stern-Düsseldorf. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 23.) Ablehnung der Schürmannschen Methode. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die von M. Stern vorgeschlagene Modifikation der Wassermann-Neisser-Bruckschen Methode, von E. Meirowsky-Cöln a. Rh. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 28.) Die Sternsche Modifikation zeigt gegenüber der inaktiven Methode Differenzen, besonders im Latenz- und Tertiärstadium, wo sie viel mehr positive Er-

gebnisse liefert. Von 58 Normalseren ergab nur eins komplette Hemmung, welches von einem an tuberkulöser Meningitis zugrunde gegangenen Knaben stammte.

Die Modifikation bedeutet nicht nur eine Vereinfachung, sondern auch Verfeinerung der Technik. Ihre Anwendung ist jedoch nur neben der ursprünglichen Methode zu empfehlen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Klausnersche Serumreaktion, von Josef Kohn-Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 18.) Nachprüfung des Klausnerschen Verfahrens an 100 Fällen der Kreibichschen Klinik. Da die Reaktion auch bei Tuberkulose meist positiv ausfällt, kommt sie für die Differentialdiagnose zwischen Lues und Tuberkulose nicht in Betracht. Da sie wegen ihrer Einfachheit auch vom Praktiker leicht auszuführen ist, ist das Verfahren als klinisches Hilfsmittel von diagnostischem Wert zu betrachten.

W. Lehmann-Stettin.

Über die Natur der komplementbindenden Stoffe bei Lues, von H. Toyosumi-Tokio. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 21.) Die vom Verfasser am hygienischen Institut der deutschen Universität in Prag angestellten Versuche, deren ausführliche Wiedergabe an anderer Stelle erfolgen soll, haben ein ganz gegensätzliches Verhalten antibakterieller und luetischer Sera ergeben, woraus mit großer Wahrscheinlichkeit der Schluß gezogen wird, daß die Stoffe im luetischen Serum antikörperartiger Natur sind, welche in Organzellen ein Antigen vorfinden, mit welchem sie eine Verbindung eingehen. Es würde sich also demnach tatsächlich um Substanzen handeln, welche Reaktionsprodukte gegen resorbierte Zellstoffe darstellen, denen die Artspezifität fehlt.

W. Lehmann-Stettin.

Über Anwendung des nichtspezifischen Antigens in der Wassermannschen Probe, von Stanislaw Mutermilch - Warschau. (*Przeglad lekarski.* 1909. Nr. 32.) Referat aus dem Vortrage auf dem Internistenkongresse in Krakau. Verfasser berichtet über eigene Untersuchungen, die sich auf 150 Fälle beziehen. Als Antigen wurde Meerschweinchenherzextrakt verwendet. Unter 36 Fällen von Syphilis waren 27 im Sekundärstadium und ergaben in 93% positive Reaktion. In neun parasyphilitischen Fällen war die Cerebrospinalflüssigkeit achtmal positiv. 106 Fälle betrafen verschiedenartige nichtsyphilitische Erkrankungen; 102 ergaben ein negatives Resultat, vier ein positives. Von den letzteren konnte in drei Fällen anamnestisch ein Verdacht auf durchgemachte Lues geschöpft werden; in einem Falle von schwerem Diabetes mellitus mit Acetonämie konnte nichts von Syphilis eruiert werden. Zum Schluß bespricht Verfasser die theoretischen Grundlagen der Wassermannschen Reaktion und kommt zur Überzeugung, daß die Erklärung des Phänomens der Komplementbindung zum Gebiete der physikalischen Chemie gehört. Die endgültige Entscheidung über den praktischen Wert der Wassermannschen Reaktion wird erst auf Grund eines größeren klinischen und insbesondere anatomo-pathologischen Materials gefällt werden können. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über Wassermannsche Reaktion mit künstlichem Antigen, von R. Eisenberg und R. Nitsch. (*Przeglad lekarski.* 1909. Nr. 32.) Referat aus dem Vortrage auf dem Internistenkongresse in Krakau. In über 100 Fällen zeigte sich das künstliche Antigen von Sachs und Rondoni (A) ganz zuverlässig im Vergleich mit dem natürlichen Antigen aus Luesleberextrakt. Auch das Antigen, das von Verfassern nach Sachs und Rondoni verfertigt und etwas modifiziert wurde, ergab günstige Resultate.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Warum ist die Hechtsche Modifikation der Wassermannschen Luesreaktion dieser und der Sternschen Modifikation vorzuziehen? von König-Dresden. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 32.) Nach den Erfahrungen des Verfassers, die er bei der Untersuchung von 188 Fällen der Wertherschen Abteilung des

Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt machte, ist die HECHTsche Modifikation des WASSERMANNschen Verfahrens nicht nur die einfachste, sondern auch die schärfste.

W. Lehmann-Stettin.

Antikörper und BORDET-GENGOUsche Reaktion, von NOEL FIESSINGER. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 35.) Kurze, aber sehr klare und instruktive, mit schematischen Zeichnungen versehene Darstellung der BORDET-GENGOUschen Reaktion. Auf ihr beruht bekanntlich die WASSERMANNsche Reaktion; sie wird jetzt aufser zum Nachweis verschiedener Antikörper und zur Diagnose zahlreicher anderer Infektionen auch zur Diagnose der Echinococcuscysten, der Sporotrichosen, der Lepra und der Tuberkulose und von F. zum Studium der Antikörper bei Kranken mit Leberaffektionen benutzt.

Götz-München.

Über die von TSCHERNUGOBOW angegebene Modifikation der WASSERMANNschen Reaktion, von A. STÜHMER-Magdeburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 35.) Die von TSCHERNUGOBOW (in der *Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 15) angegebene Modifikation der WASSERMANNschen Reaktion, die technisch eine aufserordentliche Vereinfachung bedeutet, hat dem Verfasser bei zahlreichen Untersuchungen mindestens ebenso zuverlässige Resultate ergeben wie die alte WASSERMANNsche Methode; in einigen Fällen hat sie sich sogar als das feinere Verfahren erwiesen.

Götz-München.

Die Luesreaktion an der Leiche, von SELIGMANN und BLUME. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 24.) Jedes untersuchte Serum wurde mit drei bis vier Extrakten geprüft; auf die Normalserumkontrolle wurde verzichtet. Die Diagnose Lues wurde nur abgegeben, wenn sämtliche Extrakte gleichmäfsig mit dem betreffenden Serum die Hämolyse vollständig gehemmt haben.

Unter den negativ reagierenden Fällen fand sich keiner mit anatomisch irgendwie sicheren Zeichen von Syphilis. Die Untersuchungen ergaben eine neue Stütze für die von HELLER und seiner Schule, von E. KAUFMANN u. a. vertretene Anschauung, dafs die Mesaortitis productiva syphilitischen Ursprungs sei und ihrerseits wieder in vielen Fällen zur Grundlage einer Aorteninsuffizienz oder eines Aortenaneurysmas werden. Von acht Aneurysmen gaben sieben positive Reaktion; von acht Fällen Mesaortitis productiva alle positiv; von fünf Fällen Aorteninsuffizienz reagierten vier positiv.

Einige interessante Fälle werden als Beispiel dafür angeführt, dafs die SELIGMANNsche Forderung, nur dann positives Resultat anzugeben, wenn die Prüfung mit mehreren Extrakten gleichmäfsig positiv ausfällt, vor Irrtümern am besten schützt.

Viele Einzelheiten dieser ausgezeichneten Arbeit werden für die, welche mit der WASSERMANNschen Reaktion arbeiten, grofses Interesse bieten.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Luesreaktion in ihren Beziehungen zur antitryptischen Kraft des menschlichen Blutes, von FUERSTENBERG und TREBING-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschrift* 1909. Nr. 29.) An der Hand von Tabellen ergibt sich, dafs bei den verschiedenen Stadien reiner Lues der antitryptische Titer niemals vermehrt gewesen ist, im Gegensatz zu den kachektischen Erkrankungen, insbesondere dem Carcinom. Auch in den Fällen, wo die Luesreaktion negativ war, aber klinisch und anamnestisch eine Lues früher sicher festzustellen war, war der Titer nie erhöht.

Arthur Schucht-Danzig.

Wie wirkt die spezifische Therapie auf die WASSERMANN-NEISSER-BRUCKsche Reaktion ein? von R. PÜRCKHAUER-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 14.) Wie zu erwarten stand, ergab die Prüfung der Seroreaktion vor, resp. nach der Durchführung einer antiluetischen Kur nur in einem gewissen Prozentsatz der Fälle eine

Umwandlung des positiven Ergebnisses in ein negatives. Am häufigsten war bei den Früherscheinungen der Lues eine günstige Wirkung der Kur nachweisbar, indem bei 65% der behandelten Fälle ein Umschlag der positiven Reaktion vor in eine negative nach der Behandlung konstatiert wurde. Dagegen erwies es sich in vielen Fällen von Spätsyphilis unmöglich, eine Beeinflussung der Reaktion durch therapeutische Eingriffe zu erzielen. Als Schlufsfolgerungen der Untersuchungen, welche an einem Material von 801 Kranken ausgeführt wurden, betont P. die Notwendigkeit der frühzeitigen und der in den ersten Jahren auch ohne Vorhandensein von spezifischen Erscheinungen weiter durchzuführenden Kuren, wie dies auch sonst von der Neisserschen Schule verfochten wird. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Serodiagnostische Untersuchungen bei Prostituierten, von Dreyer und Meirowsky-Cöln. (*Deutsch. med. Wochnschr.* 1909. Nr. 39.) Die Verfasser haben bei 100 Protistuierten serodiagnostische Prüfungen vorgenommen. Von den 100 wiesen nur 2 manifeste Syphilissymptome auf, bei 55 wurde durch die Anamnese eine luetische Infektion festgestellt; von diesen 57 reagierten nach Wassermann 39 = 68,4%, nach M. Stern 45 = 78% positiv. Von den übrigen 43, bei denen weder anamnestisch noch durch die Untersuchung Syphilis nachzuweisen war, reagierten nach Wassermann 26 = 60,5%, nach Stern 32 = 74,4% positiv. Es waren also von 100 Prostituierten mindestens 57 + 26 (Wassermann) = 83, beziehungsweise 57 + 32 (Stern) = 89 luetisch infiziert, während nur 2 floride Erscheinungen hatten; und von 98 Dirnen ohne syphilitische Symptome reagierten nach Wassermann 65 = 66,3%, nach Stern 77 = 78,6% positiv. Die negativen Anamnesen bei positiver Reaktion sind nach Ansicht der Verfasser zu allermeist auf Lues ignorata und nur ganz ausnahmsweise auf bewufst-unwahre Angaben der Mädchen zurückzuführen. Ein bestimmter Einflufs der Behandlung auf die Reaktion konnte nicht nachgewiesen werden, wohl aber läfst das verarbeitete Material manches Interessante in dieser Hinsicht ersehen; so stellte sich die im Krankenhaus durchgeführte Schmierkur als die wirksamste Behandlung dar. Bei der Kleinheit der Zahl können aus dieser Beobachtung bindende Schlüsse allerdings nicht gezogen werden. — Die Frage, ob positiv reagierende Dirnen ohne sonstige klinische Gründe zwangsweise der Behandlung zuzuführen sind, ist noch nicht spruchreif; jedenfalls aber sollen bei ihnen auch Hauterscheinungen, die an sich wenig infektiös sind, wie herpetische Affektionen der Zwangsbehandlung unterworfen werden. Dafs durch positiv reagierende Dirnen während der Latenz eine irgendwie erhebliche Anzahl von Infektionen vermittelt wird, halten die Verfasser für ganz unwahrscheinlich. *Götz-München.*

Über die Technik bei Serumdiagnostik bei Lues nebst allgemeinen Bemerkungen über ihren Wert in der ärztlichen Praxis, von Reinhold Ledermann-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg.* Nr. 7.) Vortrag im ärztlichen Fortbildungskurse. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Prinzipien und die Technik der Wassermannschen Reaktion und ihre Modifikationen, von Howard Fox-New York. (*Med. Record* 1909. 13. März.) Zusammenfassende Darstellung, ohne wesentlich Neues zu bringen. *Schourp-Danzig.*

Über den technischen Ausbau der Wassermannschen Reaktion nebst klinischen Betrachtungen über deren Wert und Wesen, von R. Müller-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 40.) Bei allen Änderungen in der Arbeitsweise ist nicht die Vereinfachung der Methodik das erste Ziel, sondern das Erhaltenbleiben der Spezifizität und die Erreichung der Höchstleistung der Reaktion. Darum ist jede Modifikation an einem gröfseren Materiale nicht-luetischer Fälle zu prüfen. Der Verfasser benutzt jetzt das Serum im aktiven Zustande (nicht inaktiviert durch Erhitzen auf 56°) und nimmt zu kleinen Mengen des zu untersuchenden, nicht zu alten Serums

relativ grofse Mengen von Rinderherzextrakt, Schafblut und hämolytischem Serum. Er hat mit seinem Verfahren in 600 Kontrollfällen nicht ein einziges Mal eine komplett positive Reaktion erhalten; während in Sklerosen nach der zehnten Woche und in Fällen von sekundärer Syphilis fast 100% positive Reaktionen gefunden wurden. M. macht einen Unterschied in der Beurteilung je nach dem quantitativen Ausfall der Reaktion; völlige Hämolyse schliefst die Diagnose Lues aus, wenn nicht kurze Zeit vorher eine Behandlung stattgefunden hat. „Der Satz, dafs die negative Reaktion nur wenig besagt, besteht also bei Anwendung unserer Versuchsordnung bei den hier in Betracht kommenden diagnostischen Fällen nicht mehr zu Recht.“

W. Lehmann-Stettin.

Zur Technik der Wassermannschen Reaktion, von J. A. Finkelstein-Moskau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 35.) Es ist das Bedürfnis nach einer zuverlässigen Abstufung der Ergebnisse von Serumreaktionen nach Wassermann - Neisser - Bruck unstreitig verhanden, um das subjektive Ermessen bei Feststellung des Grades der Hämolyse möglichst auszuschalten. Zu diesem Zwecke giefst Autor das Versuchsröhrchen nach Beendigung des Versuches in einen von ihm konstruierten Glastrichter aus, welcher in ein graduiertes Rohr endet. Durch Zentrifugieren werden die nicht gelösten Hammelblutkörperchen in das graduierte Rohr geschleudert und so ist ihre Menge objektiv vergleichbar. Eine konstante Einheit ist infolge Schwankens der Dichte der Erythrocytenemulsion nicht aufzustellen, sondern es wird die Säulenhöhe des Lueskontrollversuches als solche betrachtet. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Komplementbindenden Stoffe luetischer Sera, von H. Toyosumi-Tokio. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 51, Heft 5.) T. stellte am hygienischen Institute der Deutschen Universität in Prag Untersuchungen darüber an, ob sich im Gewebe Stoffe nachweisen lassen, welche ebenso wie Antigene die Stoffe der luetischen Sera zu verankern imstande sind, und wählte hierbei dieselbe Versuchsanordnung, welche man einschlagen kann, um bei der spezifischen Komplementbindung die Antikörpernatur der komplementbindenden Stoffe zu erweisen. Es kamen in den Versuchen neben den Organen von Meerschweinchen solche von Menschen (Herz, Leber und Nieren) zur Anwendung, da wir ja wissen, dafs auch diese einen zur Reaktion brauchbaren Extrakt liefern. Mit zwei Ausnahmen gelang es in all den acht Versuchsreihen, durch Behandlung mit Organzellen die luetischen Sera in ihrer komplementabsorbierenden Fähigkeit zu erschöpfen oder stark abzuschwächen. Was die Stärke der Absorptionsfähigkeit der Organe betrifft, so wirken am stärksten Herz, dann Leber und Niere, viel schwächer und öfters gar nicht Gehirn und Milz; es ist dieselbe Reihenfolge, in welcher die betreffenden Organe einen brauchbaren Extrakt liefern. T. mufs sich auf Grund seiner Versuche zur Anschauung bekennen, dafs die Stoffe in den luetischen Seris antikörperartiger Natur sind, welche in den Zellen parenchymatöser Organe ein Antigen finden. Dafs Leukocyten und rote Blutkörperchen unwirksam sind, beruht darauf, dafs diese Zellen artspezifische Antigene besitzen, welche den Zellen aus einem Organverbande zu fehlen scheinen. Die letzteren bedingen also die Ausbildung der komplementbindenden Stoffe in den luetischen Seris, und betreffs der Art und Weise, wie diese zustande kommt, schliefst sich T. der Ansicht von Weil und Braun an. *Stern-München.*

Die Komplementbindungsreaktion bei Syphilis, Impfpocken und anderen Infektionskrankheiten, von Stabsarzt Xylander - Dresden. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 51, Heft 2.) Zusammenfassend ergeben die Untersuchungen X.s, die aus der bakteriologischen Untersuchungsanstalt des XII. Armeekorps, Dresden, stammen, an 49 zum gröfsten Teil männlichen Patienten mit syphilitischer Infektion, einer Anzahl syphilisverdächtigen und Kontrollfällen und schliefslich solchen, die einer künstlichen

Vaccination unterzogen wurden (31 Fälle), vorgenommen wurden, folgende Resultate: Die WASSERMANNsche Reaktion ist nicht in jedem Fall von Lues eine positive. In den ersten Wochen nach der Infektion tritt sie, trotzdem deutliche Anzeichen (mikroskopisch Spirochäten) für Lues vorhanden, meist nicht auf, sondern erst, wenn Erscheinungen allgemeiner Syphilis aufgetreten sind (acht bis zehn Wochen nach erfolgter Infektion), ist auf positiven Ausfall zu rechnen. Positive Reaktion war in einigen Fällen vor, in anderen vor und nach der Behandlung zu beobachten. Negativ war sie bei allgemeiner Drüsenschwellung, einigen Infektionskrankheiten, Fällen von allgemeiner Sepsis, einigen Hautkrankheiten und bei Pocken. In einigen Fällen ergaben nichtsyphilitische Sera einen geringen Ausschlag. Negativer Ausfall besagt nicht, daſs Lues nicht vorhanden. Positiver Ausfall, d. h. komplette Ablenkung, läſst mit Bestimmtheit Lues vermuten. Serum von Leuten, welche an Impfproben erkrankt sind, gibt mit Pockenantigen in der gebräuchlichen Verdünnung 1 : 10 geringen oder gar keinen Ausschlag, in jedem Falle keine Ablenkung mit Luesantigen. Sieben Jahre nach erfolgter Schutzimpfung sind Pockenantikörper nicht mehr nachweisbar. Die WASSERMANNsche Reaktion ist demnach bis jetzt als diagnostisches Hilfsmittel, falls sie positiven Ausschlag ergibt, sehr gut brauchbar.

Stern-München.

Über die Bedeutung der WASSERMANNschen Reaktion bei der Syphilis während der ersten der Infektion folgenden Jahre, von FRANZ BLUMENTHAL und ROSCHER. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 7.) Verfasser haben sich zur Aufgabe gestellt, systematische Serumuntersuchungen an einem gröſseren, gut beobachteten, gleichmäſsigen Krankenmateriale vorzunehmen, und berichten über die im Laufe eines Jahres erzielten Resultate. Untersucht wurden 231 Kranke, von denen 207 nachweisbar an Syphilis litten. Bei den 231 Patienten wurde 425 mal Blut zur Untersuchung entnommen. 394 Untersuchungen erstrecken sich auf die sicher syphilitischen Fälle. Aus diesen Untersuchungen ergeben sich folgende Schluſssätze:

1. Die WASSERMANNsche Reaktion ist in den ersten der Infektion folgenden Wochen negativ. Sie wird im allgemeinen erst zwischen der sechsten und achten Woche positiv und zeigt häufig, falls sie nicht durch die Behandlung in ihrer Entwicklung gestört wird, ein allmähliches Ansteigen in ihrer Stärke.

2. Im sekundären Stadium ist bei vorhandenen Erscheinungen die Reaktion bis auf wenige Ausnahmen positiv. Aber auch diese zuerst negativ befundenen Fälle gaben, als sie nach einiger Zeit von neuem untersucht wurden, ein stark positives Resultat.

3. Ein Einfluſs der Kuren zeigt sich im groſsen und ganzen auch beim Material der Verfasser. Er tritt aber nicht in jedem Falle sofort deutlich und regelmäſsig hervor.

4. Auch durch besonders energische Kuren gelingt es nicht immer, die Reaktion zum Schwinden zu bringen.

5. Die Länge der Kuren darf nicht nach dem Ausfall der Reaktion bemessen werden, da bei negativem Ausfalle sie meist sehr bald wieder positiv wird, und bei positivem Ausfalle nach Beendigung der Kur sie noch nach Wochen ohne weitere therapeutische Maſsnahmen abklingen kann.

6. Einige Male sahen Verfasser die Reaktion auch, ohne daſs in den letzten Monaten eine Behandlung erfolgt war, verschwinden.

7. Nach Quecksilberdarreichung können negativ reagierende Fälle positiv werden.

8. Der Ausfall der WASSERMANNschen Reaktion ist in den ersten der Infektion folgenden Jahren nach unseren bisherigen Erfahrungen prognostisch ohne Bedeutung. Der wechselnde Ausfall der Reaktion bei ein und demselben Patienten, das Folgen von Rezidiven bei vorher negativer Reaktion, das Positivwerden bei in der Latenz

begonnenen Kuren zeigen, dafs es unstatthaft ist, auf Grund eines negativen Ausfalles der Reaktion eine Kur zu unterlassen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Wassermannsche Reaktion, von M. Gayarre und G. Marañón. (*Revista clin. de Madrid.* 1909. Nr. 11.) Die Arbeit enthält eine technische Beschreibung der Reaktion nebst Mitteilung über die Resultate, welche die Autoren mit derselben an 54 Kranken der verschiedensten Art hatten. Alle Fälle von progressiver Paralyse bis auf einen reagierten negativ. Ein 22jähriger Mann mit Cyanosis congenita reagierte positiv, eine Aorteninsuffiziens ebenfalls. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Wassermannsche Reaktion, von E. Castelli-New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 12.) C. erkennt den Wert der Methode Noguchis an, betont aber, dafs sie zur Ausführung gleicher Sorgfalt und Kenntnisse bedarf als die Wassermannsche Reaktion. Die letztere ist jedenfalls als durchaus zuverlässig erprobt, und C. hat sie in einer grofsen Zahl von Fällen schätzen gelernt. *Schourp-Danzig.*

Die Serumdiagnose der Syphilis, von Hideyo Nochugi - New York. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 12.) Der Verfasser hebt als Vorteile seiner Methode gegenüber der Wassermannschen hervor, dafs er Antigen, Amboceptor und nötigenfalls Komplement in trockenem Zustande aufbewahren kann, dafs er nur wenige Tropfen Blut zur Untersuchung braucht und dafs zu seiner Methode nur eine kleine Ausrüstung und nicht ein ganzes Laboratorium nötig ist. Bei 244 Fällen von sicherer Syphilis erzielte er mit seiner Methode bessere Resultate als mit der Wassermannschen Reaktion. *Schourp-Danzig.*

Über die Bedeutung der Wassermannschen Serumreaktion für die Diagnostik und Behandlung der Syphilis, von Reinhold Ledermann - Berlin. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 12.) Die positive Wassermannsche Reaktion liefert uns einen neuen Anhaltspunkt für die therapeutischen Entschliefsungen, der aber bei Personen, deren syphilitische Infektion bekannt ist, niemals allein für sich, sondern stets im Verein mit anderen klinischen Merkmalen, mit Berücksichtigung des ganzen Krankheitsverlaufes bewertet werden darf. Für die ärztliche Praxis liegt die gröfsere Bedeutung der Wassermannschen Reaktion doch in der Möglichkeit, die Diagnose auf Lues in solchen Fällen zu stellen, in welchen alle anderen diagnostischen Hilfsmittel versagen. Hier gewinnt die Methode gerade in der balneologischen Praxis eine grofse Bedeutung, da viele Kranke ohne ausreichende Krankengeschichte mit einem nicht immer klaren Symptomenkomplex in die Kurorte kommen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Wassermannsche diagnostische Probe für Syphilis, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (*Lancet-Clinic.* 10. April 1909.) Nichts Neues.

W. Lehmann-Stettin.

Die praktischen Konsequenzen der Wassermannschen Luesreaktion für den Frauenarzt, von Pust. (*Fortschr. d. Med.* 1909. Nr. 16.) 1. In allen klinisch auch nur ganz entfernt verdächtigen Fällen ist möglichst die Reaktion anzustellen, namentlich aber bei mehrfachen Aborten.

2. Bei positivem Ausfall ist unbedingt auf eine Behandlung und möglichst auch auf eine längere intermittierende serologische Überwachung zu dringen.

3. Der Ehekonsens kann nicht von dem Ausfall abhängig gemacht werden, sondern mufs sich wie bisher nach der Behandlung und den Erscheinungen richten. Eine längere serologische Überwachung ist wünschenswert. Negativer Ausfall erhöht die Chancen für eine gesunde Ehe.

4. Bei nachgewiesener Lues der Eltern soll auch das Kind serologisch untersucht und — wegen der Ansteckungsgefahr — überwacht werden.

5. Bei der Untersuchung Prostituierter entspricht die Methode nur zur Sicherung der Diagnose Erfolge. Solange nicht ein weiterer Parallelismus zwischen Behandlung

und Reaktion sich ergeben sollte, dürfte sie für die Überwachung der Prostitution nicht wesentlich in Betracht kommen.

6. Keine Klinik sollte eine Amme ohne Anstellung der Wassermannschen Reaktion empfehlen, auch wenn sie klinisch gesund und anamnestisch unverdächtig ist.

7. Jede Amme mit positiver Reaktion mufs unbedingt vom Stillen fremder Kinder ausgeschlossen werden.

8. Bei luesverdächtigen Eltern ist auch der Säugling zum Schutze der Amme mehrmals zu untersuchen. *Haas-Hamburg.*

Die Wassermannsche Reaktion, von J. Kiss - Budapest. (*Bör-és Bujakórtan* Nr. 2. Beiblatt zum *Budapesti Orvosi Ujság*. 1909.) Verfasser erläutert die Grundprinzipien dieser Reaktion. Die Blutzellen werden beim Absterben flüssig; dies tritt auch dann ein, wenn sie mit Stoffen in Berührung kommen, die sie koagulieren, denn vorher tritt Verflüssigung ein und dann erst folgt die Koagulation. Deshalb ist die Hämolyse immer als Absterben zu betrachten. Auch das Wasser hämolysiert, es ist auch ein Gift. Solcher Gifte gibt es viele, auch solche, die vom lebenden Tiere produziert werden gegen die Blutzellen der anderen Tiere. Die chemische Zusammensetzung kennen wir nicht, nur die Wirkung ist bekannt, es sind sogenannte zusammengesetzte Gifte. Ehrlich nennt sie Amboceptoren und Komplemente. Beide sind isolierbar. Amboceptor ist ein lebloses Gift und sehr lange widerstandsfähig. Das Komplement ist ein lebloses Gift und geht unter Umständen wie lebende Zellen zugrunde. Wasser schadet ihm; es ist dem Tiere angeboren, während der Amboceptor sich später im Blute bildet; dafür sprechen die Tierversuche. Das Blutserum löst die roten Blutzellen, die von anderen Individuen stammen. Beide Komponenten sind im Blute anwesend; separat sind sie nicht imstande, die Blutzellen zu lösen. Wenn wir einen Amboceptor haben, der die Blutzellen eines Rindes löst, stellt sich heraus, dafs auch das entsprechende Komplement dabei ist, das aus Rinderblut besteht. Das Komplement geht auch dann zugrunde, wenn Tiersäfte, Extrakte aufeinander wirken. Auch Syphilis löst Gegenstoffe im Organismus aus. Wenn sie zusammenkommen, geht das Komplement zugrunde. Ebenso vernichten Fettstoffe das Komplement, während der Wirkungsstoff des Syphilisserums es steigert. Sodann schildert Verfasser die Ausführungsweise der Reaktion. Die einfachste Modifikation ist das ursprüngliche Wassermannsche Verfahren. *Porosz-Budapest.*

Über die Bedeutung der Wassermannschen Luesdiagnose der Syphilis für die Praxis, von C. Kopp-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 19.) Verfasser erläfst hier eine Warnung vor einer übertriebenen Wertschätzung der Serodiagnose; er verweist auf die vielfachen noch ungeklärten Widersprüche bei verschiedenen Beobachtungen, die zahlreichen Fehlerquellen der komplizierten und schwierigen Untersuchung, die Kostspieligkeit der notwendigen Hilfsmittel, welche die Methode so gut wie zum Reservatrecht von staatlichen Instituten macht. Namentlich ist aber zu befürchten, dafs damit der Syphilophobie Vorschub geleistet werde, wenn aus irgendeinem Grunde ein positives Resultat irrtümlicherweise konstatiert wird. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine einfache Methode der Serumdiagnose der Syphilis, von Q. Fleming-London. (*Lancet.* 29. Mai 1909.) Die hier von F. empfohlene Methode lehnt sich an die Hechtsche Modifikation des Wassermannschen Verfahrens und bietet die Vorzüge der Einfachheit im Verein, wie es scheint, mit Zuverlässigkeit. Positive Resultate erhielt F. aufser bei Syphilis nur noch bei Lepra, nicht aber z. B. bei Scharlach. Man hat dazu folgende Bestandteile nötig: einen alkoholischen Auszug von Herzmuskulatur, das zu prüfende Serum und rote Blutkörperchen vom Schafe. Die Serummenge ist nur klein, und es ist nicht nötig, zu ihrer Gewinnung eine Vene an-

zustechen. Wegen der Einzelheiten der Technik mufs auf das Original verwiesen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Serumdiagnose der Syphilis, von H. W. Bayly-London. (*Lancet.* 29. Mai 1909.) An Stelle des Extraktes von syphilitischer Leber hat Verfasser einen Auszug von Kaninchenherzmuskulatur mit absolutem Alkohol verwendet und damit (wie auch von anderer Seite berichtet wird) gute Resultate erzielt. Bei einer Serie von 200 Fällen ergab sich ebenso gute Übereinstimmung mit der klinischen Diagnose, wie bei der sonstigen Technik berichtet wird. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Serumdiagnose der Syphilis, von J. M'Intosh-London. (*Lancet.* 29. Mai 1909.) Als Ergebnis seiner Untersuchungen an einer Serie von 100 Fällen von Syphilis bringt Verfasser eine Bestätigung des diagnostischen Wertes der Wassermannschen Methode und gibt unter ziemlich eingehender Literaturangabe eine allgemeine Besprechung der Prinzipien und der Technik des Verfahrens.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die biologische Syphilisreaktion, deren Bedeutung und Anwendungsweise, von C. H. Browning und J. McKenzie-Glasgow. (*Lancet.* 29. Mai 1909.) Bericht über Beobachtungen an 135 Syphilisfällen (mit 125 positiven Resultaten) und Kontrollversuche an 108 nichtsyphilitischen Individuen (mit 107 negativen Ergebnissen) und Darstellung der von Verfassern geübten Technik. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Bedeutung der Wassermannschen Serodiagnose für die Praxis, von A. Neisser - Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 21.) N. wendet sich mit grofser Entschiedenheit gegen die Koppschen Darlegungen und betont, dafs die Serodiagnose gerade für das praktische ärztliche Handeln von gröfster Bedeutung ist, indem es damit gelingt, eben die zweifelhaften Fälle aufzuklären. Die Serumdiagnose bei der Syphilis ist in Parallele zu stellen mit dem Nachweis der Gonokokken bei der Blennorrhoe. *Philippi-Bad Salzchlirf.*

Praktische Bemerkungen zu der Frage der Wassermannschen Reaktion, von Ludwik Rajchman und Zygmunt Szymanowski. (*Przeglad lekarski.* 1909. Nr. 25.) 1. Verfasser untersuchten mittels der Wassermannschen Reaktion zwölf Sera von syphilisfreien Personen, die in der Kindheit zweifellos Scharlach durchgemacht haben, um festzustellen, ob dieser Umstand das Resultat der Probe zu beeinflussen vermag: in keinem Falle wurde positive Reaktion erzielt.

2. Verfasser machten mehrere Proben mit künstlichen Antigenen von Sachs und Rondoni und sind zu dem Ergebnis gekommen, dafs diese Antigene nicht geeignet sind, die natürlichen alkoholischen Extrakte zu ersetzen, da sie in schwächeren Dosen oft auch die luetischen Sera nicht zu hemmen vermögen, dagegen in stärkeren Dosen auch bei normalen Fällen eine Hemmung hervorrufen können.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur Frage des klinischen Wertes der Wassermann-Neisser-Bruckschen Syphilisreaktion, von E. Hauck-Erlangen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 25.) Die vom Verfasser an einem Untersuchungsmaterial von 300 Fällen in der Erlanger Klinik ausgeführten Reaktionen geben eine weitere Bestätigung des praktischen Wertes dieser Methode, indem bei den an 184 nichtsyphilitischen Patienten ausgeführten Kontrollproben nur viermal ein positives Resultat konstatiert wurde, während bei Lues im Frühstadium 92% positive Ergebnisse und im Spätstadium 77% notiert wurden. Die positiven Resultate bei Nichtluetikern betrafen zwei Scharlachfälle und je einen Fall von Magencarcinom und von Lungentuberkulose. In Anbetracht der Wichtigkeit eines genau wirksamen und zuverlässigen Organextraktes hat Verfasser mangels genügenden eigenen Prüfungsmaterials einen Extrakt aus der Breslauer Klinik ver-

wendet. Ferner berichtet er über Prüfungen mit einem mittels Aceton aus einer luetischen Leber hergestellten Extrakt, welcher gut verwendbar zu sein scheint.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die praktische Brauchbarkeit der Wassermannschen Reaktion, von H. Much - Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 29.) M. legt Verwahrung dagegen ein, daſs er, wie in verschiedenen Publikationen geschehen ist, als ein Gegner der Wassermannschen Probe dargestellt werde. Seine an einem Material von über 3000 Fällen gewonnenen und publizierten Beobachtungen haben ihm die Überzeugung von der diagnostischen Brauchbarkeit der Methode gegeben, und er hat dies auch wiederholt ausgesprochen. Nur die Behauptung, daſs die Reaktion bei keinem anderen Leiden als Syphilis eintreten könne, ist zu bekämpfen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Diagnostische und therapeutische Resultate der Wassermann-Neisser-Bruckschen Reaktion bei luetischen Erkrankungen, von Jaworski und Lapinski. (*Przeglad lekarski.* 1909. Nr. 29—31.) Nach eingehender Schilderung der Technik besprechen Verfasser die eigenen Resultate, welche 231 Untersuchungen von 184 Kranken betreffen. Von den fraglichen acht Primärsklerosen reagierten zwei positiv. Unter 34 Fällen von Lues secundaria gaben 28 positive Reaktion; unter 30 Seren von latenter Syphilis (Infektion vor zwei bis fünf Jahren) erhielten Verfasser kein einziges positives Resultat. Unter sieben tertiärsyphilitischen Erkrankungen reagierten sechs positiv; unter 19 Parasyphilitikern ergaben elf positive Reaktion. Von 21 verschiedenartigen Kontrollfällen reagierte ein Fall von akuter Malaria positiv, ohne daſs man irgendwelche Anhaltspunkte für Lues finden könnte. Unter acht Fällen von Scharlach ergaben drei ein fragliches Resultat. Was den Einfluſs der Quecksilberkur anbelangt, haben Verfasser in der Regel nach 30 Tagen (30 Einreibungen) die Umwandlung der positiven Reaktion in eine negative konstatieren können. In zwei Fällen schwand die positive Reaktion nach kürzerer Zeit trotz Unterbrechung der Kur nach 15 resp. 9 Einreibungen. In einem Falle schwand die Reaktion nach 30 Einreibungen; drei Wochen später erschien Patient wieder mit frischen Rezidiverscheinungen. In einem anderen Falle — Lues ohne Symptome — bleibt die Reaktion nach 30 Einreibungen bestehen; zwei Wochen später entsteht ein Gumma cruris.

Verfasser betrachten die Reaktion — wenigstens in Europa — für spezifisch (cave Malaria!) und den positiven Ausfall als Zeichen der Aktivität des syphilitischen Virus; demgemäſs soll bei der Therapie das Reaktionsresultat immer berücksichtigt werden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Serodiagnostik der Syphilis nach Wassermann und ihre Bedeutung für die Ärzte an Kurorten, von Springenfeld. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1909. Nr. 32.) Verfasser bespricht auf Grund der Literatur die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion und empfiehlt den Kurärzten, sich diese Untersuchungsmethode anzueignen.

Arthur Jordan-Moskau.

Beobachtungen bei der Wassermannschen Reaktion, von Hans Schlimpert-Dresden-Friedrichstadt. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 32.) Schl. hat einige der empfohlenen zahlreichen Modifikationen der Wassermannschen Reaktion auf ihre Brauchbarkeit geprüft, auſserdem aber das ganze während eines Vierteljahres angefallene Leichenmaterial auf das Vorhandensein syphilitischer Antikörper nach der Methode Wassermanns untersucht; er kam dabei zu folgenden Ergebnissen:

1. Die von Sachs und Roudoni empfohlene Prüfung des „Antigens“ auf Hammelblutamboceptoren soll stets ausgeführt werden.

2. Die Verwendung der Reagentien in halben Quanten beeinträchtigt die Genauigkeit der Reaktion nicht. Von der Verwendung geringerer Quanten ist abzuraten.

3. Die Modifikation nach von Balner und Decastello ist als auf falschen Grundlagen beruhend zu verwerfen.

4. Sehr zu empfehlen ist die Ausführung der Reaktion nach der Methode von M. Stern, am besten neben der Wassermannschen.

5. Bei den Organextrakten handelt es sich nicht um eigentliche Antigene. Ein Parallelismus zwischen Spirochätengehalt, histologischen Veränderungen und Antigengehalt der Organe kongenitalsyphilitischer Neugeborener besteht nicht. Am meisten ist die Verwendung von Extrakten aus den Herzen kongenitalsyphilitischer Neugeborener zu empfehlen.

6. Von 261 Leichenseris gaben 45 positive Wassermannsche Reaktion, das sind nach Abzug eines positiv reagierenden Scharlachfalles 16,9%.

7. Die Spezifizität der Reaktion konnte im allgemeinen bestätigt werden. Bei Fällen mit positiver Reaktion ohne für Lues spezifische anatomische Veränderungen ist an latente oder abgelaufene Lues ohne Organveränderungen zu denken, eventuell auch an eine bei schweren Kachexien auftretende Komplementbindung.

8. Die Reaktion war positiv in einem hohen Prozentsatz der Fälle von Mesaortitis (Hiller), Hodenschwielen, glattem Zungengrund, progressiver Paralyse.

Göts-München.

Über klinischen Wert der Wassermannschen Reaktion, von Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall. (*Przeglad lekarski.* 1909. Nr. 32.) Referat aus dem Vortrage auf dem Internistenkongreſs in Krakau. Nach kurzer Schilderung seiner Technik bespricht Verfasser die Resultate der Untersuchung von 779 Sera resp. Cerebrospinalflüssigkeiten von 697 verschiedenen Patienten. Diese Resultate werden in folgender Tabelle zusammengestellt:

Gruppe	Krankheit	Zahl der untersuchten Fälle	Positive Reaktion +	Negative Reaktion —	% +
I. Kontrollfälle	1. Scarlatina	67	(1)	66	—
	2. Varii: a) Sera	156	(1)	155	—
	b) Cerebrospinalflüssigkeit	9	0	9	—
II. Syphilis	1. Syphilis primaria	11	7	4	(63,6 %)
	2. Syphilis secundaria	69	63	6	91,3
	2. b) Syphilis II nach respektive während der Behandlung	43	15	28	34,9
	3. Syphilis tertiaria	33	27	6	81,8
	3. b) Syphilis III nach respektive während der Behandlung	11	2	9	18,2
	4. Syphilis latens (Infektion vor 1—5 Jahren)	35	18	17	51,4
	5. Syphilis peracta (Infektion vor 5 und mehr Jahren)	31	9	22	29
III. Parasyphilis	1. Tabes dorsalis	5	4	1	80
	2. Paralysis progressiva: a) Sera	127	92	35	72,4
	b) Cerebrospinalflüssigkeit	54	30	24	55,5
IV. Dubii	1. Sera	125	41	84	—
	2. Cerebrospinalflüssigkeit	3	1	2	—

Diese Resultate stimmen im allgemeinen mit denen anderer Autoren überein, mit Ausnahme der Sera und insbesondere der Cerebrospinalflüssigkeiten der Paralytiker. Verfasser beschäftigt sich weiter mit Klärung dieses Punktes. — Der Einfluſs der Quecksilberbehandlung auf den Ausfall der Reaktion wird an einer zweiten Tabelle demonstriert, die sich auf 21 Fälle bezieht, bei denen die Serumuntersuchung vor der Kur, unmittelbar nach derselben und einige Zeit später vorgenommen wurde. Fast in allen Fällen, wo eine genügende Quecksilberkur durchgemacht worden ist, konnte die positive Reaktion in eine negative umgewandelt werden. Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Als positiver Ausfall der Reaktion darf nur eine vollkommene oder fast vollkommene Hemmung der Hämolyse angenommen werden. 2. Der positive Ausfall beweist, daſs der Untersuchte eine luetische Infektion durchgemacht hat, und zwar mit einer für biologische Reaktionen seltenen Präzision. 3. Es ist nicht festgestellt, daſs der positive Ausfall das Vorhandensein eines aktiven Virus im Organismus bedeutet. 4. Die Quecksilbertherapie übt zweifellos einen bedeutenden Einfluſs auf den Ausfall der Reaktion; man weiſs aber noch nicht, ob die Umwandlung der positiven Reaktion in eine negative einer gleichzeitigen Vernichtung respektive Immobilisierung des Virus gleichkommt. 5. Für die therapeutischen Zwecke darf der Wert der Probe nicht überschätzt werden. 6. Die Wassermannsche Probe soll nur in entsprechend eingerichteten Laboratorien ausgeführt werden. 7. Die Methoden, welche eine Vereinfachung der Probe durch Verminderung deren Reagentienzahl, mit Zuhilfenahme der im untersuchten Serum enthaltenen hämolytischen Amboceptors und Komplements bezwecken, sind a priori als verfehlt zu betrachten.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Bemerkungen zu der serodiagnostischen Methode Wassermenns, von F. Eisenberg und R. Nitsch. (*Przeglad lekarski.* 1909. Nr. 32.) Referat aus dem Vortrage auf dem Internistenkongreſs in Krakau.

1. Sowohl die natürlichen als die bis jetzt untersuchten künstlichen Antigene wirken bluttötend.

2. Die quantitativen Verhältnisse zwischen Amboceptor und Komplement beeinflussen wesentlich die Feinheit der Reaktion.

3. Sowohl die natürlichen als die künstlichen Antigene können in Wasseremulsion schadlos wenigstens binnen drei Tagen aufbewahrt werden.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion, von I. Bergmann. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 33.) Die Erfahrungen des Verfassers beziehen sich auf das Krankenmaterial des Säuglingsheims in Dresden. I. Von 19 Müttern syphilitischer Kinder war die Reaktion in 18 Fällen positiv; der Fall mit negativer Reaktion betrifft eine sicher syphilitische, bereits früher behandelte Frau, bei der die Reaktion erst zwei Jahre post partum ausgeführt wurde. Verfasser verlangt daher im Sinne Matzenauers, daſs die Mütter syphilitischer Kinder, auch wenn sie keine Symptome zeigen, antisyphilitisch behandelt werden.

II. Unter 75 Ammen („Groſsstadtmädchen") fanden sich sieben (9,3%!) mit positiver Reaktion; nur bei zwei von den sieben positiv reagierenden Ammen lieſs sich auch körperlich etwas von Lues finden; bei den fünf anderen ergab die genaueste klinische Untersuchung keinerlei Befund. Von den Kindern dieser sieben Ammen war die Reaktion bei vier positiv; eins davon starb, und die Sektion zeigte eine Osteochondritis syphilitica; bei den übrigen drei sind auch klinisch luetische Symptome zum Vorschein gekommen. Daraus ergibt sich nach Verfasser die unbedingte Verpflichtung, in jedem Falle von Ammenuntersuchung unabhängig vom klinischen Befund die Wassermannsche Methode ausführen zu lassen.

III. Unter 26 syphilitischen Säuglingen mit manifesten Erscheinungen war die Reaktion stets positiv. Bei drei anderen Säuglingen am Ende der Behandlung war die Reaktion einmal inkomplett, zweimal negativ. Die WASSERMANNsche Reaktion ist also bei Säuglingen mit klinischen Symptomen in 100% positiv. Die Frage, ob die positive Reaktion immer für die syphilitische Erkrankung der Kinder auch ohne Symptome spricht, will Verfasser einstweilen nicht entscheiden, da es immerhin möglich wäre, dafs auf plazentarem Wege Antikörper von der Mutter übergegangen sind, ohne dafs das Kind infiziert wurde.

Die Tatsache, dafs bei syphilitischen Neugeborenen die Reaktion zuerst negativ ist und erst mit dem Auftreten klinischer Symptome positiv wird, erklärt Verfasser mit der Annahme, dafs die Infektion dieser Kinder erst intra partum stattfindet. Die serologische Untersuchung bestätigt ferner die klinische Beobachtung, dafs syphilitische Frauen auch gesunde Kinder zur Welt bringen können, und dafs das PROFETAsche Gesetz nur teilweise Gültigkeit hat, und zwar insofern, als es sich um Kinder handelt, die positiv reagieren und demnach als latentsyphilitisch zu betrachten sind; der andere Teil reagiert dauernd negativ und ist demnach gesund und auch infizierbar.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über den diagnostischen Wert der WASSERMANNschen Reaktion, von M. GOLDZIEHER und A. ROTH-Budapest. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 33.) Über den Wert der WASSERMANNschen Reaktion kann heute noch kein endgültiges Urteil ausgesprochen werden. Der spezifische Charakter kann nicht für ausschliefslich gehalten werden, da sie bei Scharlach, Tuberkulose, mehreren tropischen Erkrankungen, Carcinomen und Lupus erythematodes nach den Fällen der Verfasser ebenfalls auftritt. Bei diesen Erkrankungen besteht zumeist ein Abstufungsunterschied in der komplementbindenden Fähigkeit, die nicht so hochgradig zu sein pflegt wie bei Syphilis. Die Reaktion kann bei Syphilis als ein entschieden geeignetes diagnostisches Hilfsmittel betrachtet werden. Die Proportionszahl der positiven Reaktion ist zwischen dem dritten und zehnten Monat der Erkrankung am gröfsten. Durch antisyphilitische Behandlung kann die Reaktion beeinflufst werden. Diese Reaktionsveränderung ist nicht konstant die positive wird negativ und die negative wird während oder auch nach der Behandlung positiv. Wenn für Syphilis verdächtige Symptome vorhanden sind, unterstützt die positive Reaktion die Diagnose der Syphilis, die negative widerspricht der Syphilis nicht. Zur Entscheidung der Frage, ob das Individuum syphilitisch ist oder ob es noch weiter behandelt werden mufs, kann die WASSERMANNsche Serodiagnose allein nicht verwendet werden. Es wäre entschieden ein Fehler, bis zur Unendlichkeit zu behandeln, weil die Reaktion noch positiv ist, oder die Behandlung zu unterlassen, weil die Reaktion negativ ist. Es wäre ein Leichtsinn, auf Grund der WASSERMANNschen Reaktion die Ehe zu erlauben oder zu verbieten. Zur Diagnostizierung des Anfangsstadiums der Syphilis ist die WASSERMANNsche Serodiagnose nicht geeignet. Sie kann nur als diagnostisches Hilfsmittel in zweifelhaften Fällen angesehen werden.

Poross-Budapest.

Die Bewertung der WASSERMANNschen Reaktion für die Behandlung der Syphilis, von BLANCK-Potsdam. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 36.) BLANCK ist ein Gegner der Frühbehandlung der Syphilis. Der eine Fall, welchen er anführt: Beginn der Behandlung fünf Wochen post infectionem, bestehend in 24 Injektionen à 0,02 Hg cyanatum innerhalb zweier Monate, wenige Tage später Ausbruch von Sekundärerscheinungen, ist jedoch nach Erfahrung anderer Autoren, welche regelmäfsig früh behandeln, als Seltenheit anzusehen und mit ihm nicht „in eklatanter Weise der Beweis (!) erbracht, dafs es nicht richtig ist, vor Ausbruch der Allgemein-

erscheinungen die Allgemeinbehandlung einzuleiten". Zu berücksichtigen ist hier ferner, dafs dieser Fall nur mit löslichem Hg-Salz behandelt wurde.

In ausführlichen Darlegungen spricht Autor der WASSERMANNschen Reaktion jede Bedeutung für die Behandlung der Syphilis in der Früh- und Frühlatenzperiode ab. „Erst nach Ablauf von mindestens vier Jahren darf, wenn die bisherige Behandlung eine ungenügende war, unter Berücksichtigung des Krankheitsverlaufes und der bisherigen Wirkung des Hg auf die Krankheit und die WASSERMANNsche Reaktion, eine positive WASSERMANNsche Reaktion für die Einleitung einer Allgemeinbehandlung mit verwertet werden. Ist die WASSERMANNsche Reaktion trotz ausreichender Hg-Behandlung früher stets positiv geblieben, so ist man eher berechtigt, andere Heilmittel (Arsen, Chinin usw.) zu versuchen."

Ferner erkennt er die Bedeutung der positiven WASSERMANNschen Reaktion für Fälle mit unklarer Diagnose an, welche früher ex juvantibus Hg und JK bekamen.

Arthur Schucht-Danzig.

Ambulatorische Behandlung der Syphilis und sonstiger venerischer Krankheiten in Galizien, von BASIL KLUCZENKO. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 31.) Statistik und Resultate der auf Veranlassung und auf Kosten der österreichischen Regierung in Galizien eingerichteten Ambulatorien und ihrer Tätigkeit in den Jahren 1901—1905. Mitteilung der dabei geltenden Bestimmungen und Instruktionen.

W. Lehmann-Stettin.

Ist die Kombination der Quecksilberkuren mit Schwefelbädern rationell? Von R. SCHUSTER-Aachen. (*Med. Klinik* 1909. Nr. 21.) An der Hand seiner aus dem *Archiv für Dermatologie und Syphilis* bekannten Untersuchungen über Quecksilberausscheidungen und -Remanenz und eines Falles aus der Praxis, versucht Verfasser die NEISSERsche Theorie zu widerlegen, nach welcher die schwefelhaltigen Bäder während der Inunktionskur nachteilig seien, weil durch diese die Verdunstung des Quecksilbers gehemmt wird. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die intensive Behandlung der Syphilis durch die Aachener Methoden, von R. HAYES-London. (*Brit. med. Journ.* 1909. 11. Septenber.) Die Inunktionsmethode wird in England relativ wenig geübt. Nach H.s Beobachtungen ist sie aber der Behandlung mittels interner Darreichung von Quecksilber entschieden überlegen. Die Schilderung der Einzelheiten der Technik und der dabei zu beobachtenden Vorsichtsmafsregeln dürften für deutsche Kollegen nichts Neues bieten.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Interne Merkurialbehandlung der Lues, von E. BREZOVSZKI-Budapest. (*Orvosi Ujság* 1909.) Der Verfasser machte Versuche mit Pillen, die aus Quecksilber, Cadmium und Jod angefertigt waren, an 60 Patienten; die Versuche brachten ihm die Überzeugung bei, dafs die Pillen in der Therapie der Lues denselben Platz einnehmen können, wie die übrigen Quecksilberpillen; ihr Vorteil ist, dafs sie wenig Unannehmlichkeiten verursachen. An den ersten drei Tagen verursachten sie einfache Diarrhoe, Stomatitis beobachtete er nicht. *Poross-Budapest.*

Chinin bei Syphilis, von H. C. FRENCH-Woolwich. (*Brit. med. Journ.* 1909. 10. Juli.) Verfasser bemerkt, dafs er schon seit einigen Jahren empfohlen hat, Chinin in saurer Lösung zur Abwechslung vor oder nach einer Quecksilberkur bei Syphilis zu verordnen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Behandlung der Syphilis mit Mergal, von KORTÜM-Schwerin. (Versammlung des allgem. Mecklenb. Ärztevereins vom 12. Juni 1908 in Schwerin.) Die gegen Inunktions- und Injektionskur angeführten Gründe sind kaum stichhaltig, auch werden nicht viele Therapeuten die Ansicht teilen, dafs nach Injektionskuren (lösliche,

unlösliche Hg-Salze?) besonders häufig Rezidive zu beobachten sind. Autor empfiehlt, in allen Fällen der Privatpraxis Mergalbehandlung zu versuchen.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur inneren Behandlung der Syphilis, von Carl Seuwer. (*Reichs Medizinal-Anzeiger* 1909. Nr. 11.) Hinweis auf das von Trommsdorff-Aachen hergestellte Merjodin, welches Hydrargyrum sozojodolicum in Tablettenform enthält. *Schourp-Danzig.*

Die moderne Luestherapie mittelst der Injektionsmethode, von Josef Neufeld-Wien. (*Ärzl. Central-Ztg.* 1909. Nr. 11.) Autor empfiehlt als Injektionspräparat für intramuskuläre Applikation das Mergandol.

Arthur Schucht-Danzig.

Die Vorteile und Nachteile der intramuskulären Injektionsmethode bei der Behandlung der Syphilis, von William B. Trimble - New York. (*Amer. Med.* 1908. Dezember.) Absolut nichts Neues. Hervorheben der Einfachheit und sonstigen Vorteile der (in ganz Amerika aufserordentlich verbreiteten) Pillenmethode, gegenüber den Injektionen, denen nur Nachtheile nachgesagt werden. In der (mit abgedruckten) Diskussion werden diese Bemerkungen zum gröfsten Teile richtig gestellt.

W. Lehmann-Stettin.

Über die provokatoriche Wirkung von Sublimatinjektionen und deren Beziehungen zur Wassermannschen Reaktion bei Syphilis, von A. Buschke- und H. Harder-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 26.) Nach den Feststellungen der Verfasser gelingt es, bei einer ziemlich grofsen Anzahl von Primär-Syphilitischen, die noch keine Allgemeinerscheinungen aufweisen, durch Injektion von 0,04 Sublimat 3½—9 Wochen nach dem Auftreten der Initialsklerose ein sekundär-syphilitisches Exanthem hervorzurufen. Dieses provozierte Exanthem ist meist makulöser, ausnahmsweise papulöser Art, teils spärlich und kleinfleckig, teils ausgedehnter und mittelgrofsfleckig, in der Hauptsache am Rumpf, weniger im Gesicht und an den Extremitäten lokalisiert; es erscheint zumeist innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Injektion, verschwindet zuweilen nach 2—3 Tagen wieder, nimmt aber gewöhnlich im Verlaufe der nächsten Tage zu, um erst nach Einsetzen der spezifischen Behandlung abzublassen. Die Injektion verursacht manchmal abendliche Temperatursteigerung und leichte Störungen des Allgemeinbefindens. — Eine gesetzmäfsige Beziehung der positiven Provokation zur Wassermannschen Reaktion besteht nicht. Ebensowenig konnten die Verfasser konstante Beziehungen zwischen der Wassermannschen Reaktion und der Quecksilberbehandlung der Syphilis finden. *Götz-München.*

Die intramuskuläre Behandlung der Syphilis, mit besonderer Berücksichtigung der unlöslichen Quecksilberpräparate; eine kritische Besprechung, von G. Pernet-London. (*Lancet* 1909. 24. Juli.) Obwohl die Verwendung von Calomel und grauem Öl als Injektionsmittel nicht ganz frei von Gefahren ist, und sogar gelegentliche Todesfälle auf das Konto dieser Methode zu setzen sind, so wäre es nach P.s Erfahrungen, denen er eine gröfsere Reihe von Beobachtungen aus der eingehend gewürdigten diesbezüglichen Literatur zur Seite stellt, entschieden nicht gerechtfertigt, das Verfahren aus der Reihe unserer therapeutischen Hilfsquellen auszumerzen. Absolut unschädlich sind die anderen Behandlungsmethoden auch nicht, und vereinzelt sind Todesfälle auch bei der Inunktionsmethode vorgekommen. Allerdings müssen die Injektionen nicht planlos und ohne Auswahl verabreicht werden. Zum Schlufs schildert Verfasser ausführlich die von ihm bevorzugte Technik.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Syphilis mittels der intramuskulären Injektion von unlöslichen Quecksilbersalzen im Gegensatz zu der Schmierkur; eine kritische Entgegnung, von H. C. French-Woolwich. (*Lancet* 1909. 25. September.) Im Gegen-

satz zu dem Pernetschen Standpunkt tritt F. ganz entschieden für die Inunktionskur ein. Aufser den Gefahren der Injektionsmethode, welche übrigens im englischen Heere namentlich von Lambkin eine ausgedehnte Anwendung gefunden hat, macht F. derselben zum Vorwurf, dafs Rezidive dabei eher zahlreicher sind als bei der Schmierkur, und dafs viele Patienten sie als zu schmerzhaft empfinden. Die Ergebnisse der letzten Jahre im Militärlazarett zu Woolwich sind seit systematischer Durchführung der Inunktionsmethode entschieden bessere gewesen als sonst. Nebenbei spricht sich F. zugunsten einer behördlichen Kontrolle der Prostituierten aus.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Anwendung des Mercuriolöls zur Syphilisbehandlung, von J. Lichtmann-Cöln. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 36.) Dem Mercuriolöl wird in ganz besonderem Mafse die Fähigkeit zugesprochen, bei chronisch intermittierender Anwendung Rezidive zu verhindern. *Arthur Schucht-Danzig.*

Verschiedenes.

Das Ultramikroskop und die Kinematographie, von Comandon-Paris. (*La presse méd.* 1909. Nr. 94.) Der Verfasser hat in Verbindung mit Ch. Pathé das Ultramikroskop mit einem Kinematographen versehen und auf diese Weise sehr interessante lebende Bilder vom Blut und verschiedene, in demselben lebende Mikroorganismen erhalten. Sehr schön erscheinen hauptsächlich die Bewegungen der Syphilisspirochäten, der Rekurrensspirillen, der Trypanosomen usw. Durch das Projizieren dieser Bilder auf eine weifse Wand, werden 20 000 — 30 000-fache Vergröfserungen erzielt und hierdurch Zählungen der Hämokonien und anderer feiner Bestandteile des Blutes ermöglicht. Man kann auch Kolloide und Suspensionen auf diese Weise studieren und ferner den Einflufs elektrischer Ströme auf verschiedene Präparate feststellen. Gewisse Gebilde gehen an den positiven, andere an den negativen Pol: rote Blutkörperchen sind elektronegativ, Trypanosomen elektronegativ; ebenso gehen Typhusbazillen zur Kathode und gewisse Colibazillen zur Anode. Das kinematographische Ultramikroskop kann also zur verschiedenartigen Studien benutzt werden und hat den Vorteil, die so rasch verschwindenden Bilder des gewöhnlichen Ultramikroskop festzuhalten. *E. Toff-Braila.*

Die Jodtinktur als Sterilisationsmittel der Haut, von I. Papinian. (*Spitalul* 1909. Nr. 21.) Die Anwendung der Jodtinktur als Sterilisationsmittel der Haut datiert erst seit kurzer Zeit und hat sich trotzdem schon viele Freunde erworben. Auch der Verfasser gehört nun zu denselben seitdem er sie mit sehr gutem Erfolge in einer gröfseren Anzahl von Fällen angewendet hat. In 60 hiervon, bei denen man eine Prima intentio erwarten mufste, trat dieselbe auch konstant ein und zwar handelte es sich um recht ernste Eingriffe, wie Laparotomien, Larynxexstirpation, Amputationen, Herniotomien u. a. Die Anwendung des Mittels geschah in folgender Weise. Nach Desinfizierung der Hände wurde mit einem sterilen, in Jodtintur getauchten Wattetampon die Operationsstelle und weitere Umgebung mit der Tinktur gut eingepinselt, ein bis zwei Minuten austrocknen lassen, dann nur die Operationsstelle nochmals eingepinselt und endlich, nach weiteren ein bis zwei Minuten eine neue Schichte Jodtinktur aufgetragen. Man bedeckt mit einer sterilen Kompresse und wartet zehn Minuten, welche Zeit, nach den gemachten Experimenten zur Sterilisierung notwendig

ist. Inzwischen desinfiziert sich der Operateur noch einmal die Hände und kann die Operation vornehmen. Nur in jenen Fällen, in welchen die Haut sehr schmutzig erscheint, schickt man der Jodtinktureinpinselung eine Abwaschung der Stelle mit Äther voraus. Nach der Operation wird ein steriler Verband angelegt, doch hat es P. unterlassen, damals die Operationswunde wieder mit Jodtinktur einzupinseln, wie dies von GROSSICH empfohlen worden ist. Vor Anlage des Verbandes ist es rätlich, das auf der Haut zurückgebliebene Jod mittels eines in Äther getauchten Bauschens abzuwischen.

Die Sterilisierungsmethode hat den Vorteil überall und wann immer mit Leichtigkeit angewendet werden zu können und ferner auch wenig Zeit zu ihrer Ausführung zu beanspruchen, so dafs sie in Fällen, die rasche Eingriffe verlangen, von grofsem Nutzen sein kann. *E. Toff-Braila.*

Besteht für uns eine „venerische Gefahr"? von JOHN VAN RENSSELAER-HOFF. (*Med. Record.* 27. Nov. 1909.) Statistisches über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in der Armee der Vereinigten Staaten, welche zeigen, dafs seit dem Bürgerkriege, noch mehr aber seit dem spanisch-amerikanischen Kriege die Zahl der Geschlechtskranken und vor allem auch die Anzahl der durch Geschlechtsleiden Dienstunfähigen dauernd zunimmt, so dafs der Prozentsatz der Erkrankten die unglaubliche Höhe von 20% erreicht hat (im preufsischen Heere knapp 2%). Dafs unter der Zivilbevölkerung ebenfalls eine Zunahme stattgefunden hat, geht, mangels anderer sicherer statistischer Daten, aus der steigenden Zahl der beim Rekrutenersatz wegen geschlechtlicher Erkrankungen Zurückgewiesenen hervor.

Es werden zur Abhilfe eine Reihe geeigneter Mafsnahmen empfohlen und (mit einer in Amerika ungewöhnlichen Freimütigkeit) daraufhin hingewiesen, dafs der Verbreitung und Empfehlung von prophylaktischen Mitteln keine Erwägungen „moralisierender Tendenz" entgegengestellt werden sollten. *W. Lehmann-Stettin.*

Der allgemeine Praktiker als Dermatolog, von B. F. OCHS-New York. (*Med. Record.* 31. Juli 1909.) Aufzählung einer Reihe diagnostischer Irrtümer, wie sie dem Praktiker gerade in dermatalogischen Fällen häufig passieren.

W. Lehmann-Stettin.

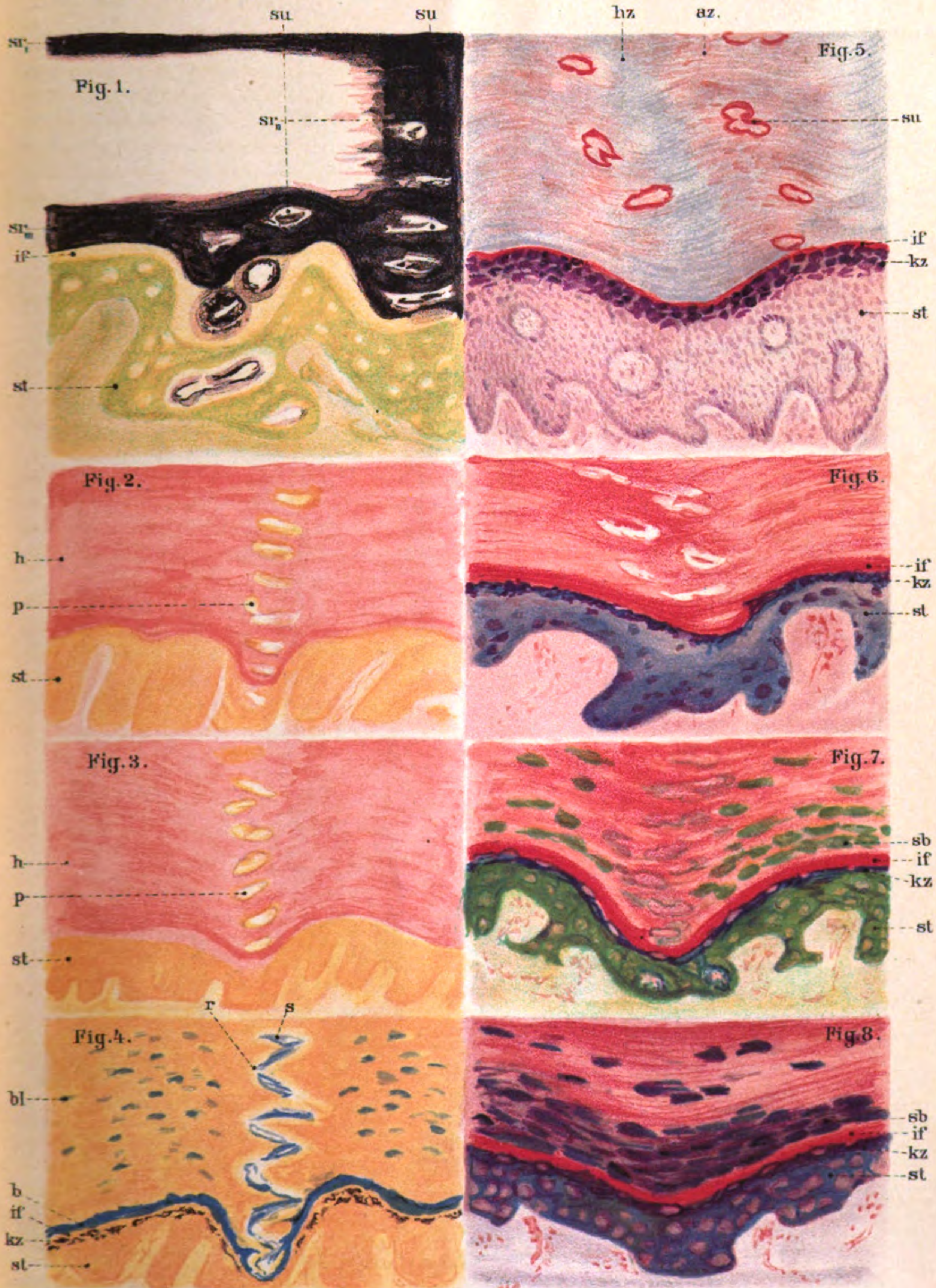
Hautdesinfektion mit Jod bei abdominalen und anderen Operationen, von C. H. JEWETT-Brooklyn. (*Med. Record.* 14. Aug. 1909.) Empfehlung der GROSSICHschen Methode der Pinselung der Haut des Operationsfeldes mit Jodtinktur.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Technik der Hautdesinfektion, von JOS. KRATOCHVIL-Olmütz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 47.) Die Anwendung der Jodtinktur zur Vorbereitung der Haut des Kranken für die Operation ist von nicht zu leugnendem Vorteil. Für Dringlichkeitseingriffe ist die von GROSSICH angegebene einfache Bestreichung der trockenen Haut mit Jodtinktur die Methode der Wahl. Für alle übrigen Fälle empfiehlt K. die Jodierung der am Tage vorher in gründlicher Weise zur Operation vorbereiteten Haut.

W. Lehmann-Stettin.

Die Schleimhaut der Nasenscheidewand, eine besonders geeignete Stelle für die Blutentnahme zu der WASSERMANNschen Reaktion und zu anderen serologischen Untersuchungszwecken, von O. MUCK-Essen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 45.) Um binnen drei Minuten ca. 20 ccm Blut zu gewinnen, genügt es nach M., mit einem BIERschen Stauband die oberflächlichen Halsvenen zu komprimieren und dann mit einer Nadel oder einem Messerchen die Schleimhaut der Nasenscheidewand anzuritzen. Die Blutung steht sofort wieder nach Lösung der Kompressionsbinde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*



Unna u. Golodetz. Das Eigenfett der Hornschicht.

Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 50. №. 4. 15. Februar 1910.

Über das Wesen und den Wert der WASSERMANNschen Reaktion und 500 eigene Untersuchungen mit der HECHTschen Modifikation.[1]

Von

Oberarzt Dr. WERTHER-Dresden.

Die Frage nach dem Wesen und wahren Wert der WASSERMANNschen Reaktion ist trotz mannigfacher Bearbeitung noch nicht klar. Trotzdem ergreife ich hier das Wort dazu, weil ich sehe, daſs die Reaktion in einer Weise bewertet wird, die ich nicht für berechtigt halte.

Die Komplementablenkung oder -bindung ist an und für sich eine spezifische biologische Reaktion. Sie wurde von BORDET und GENGOU entdeckt und bei verschiedenen Infektionskrankheiten zum Nachweis von Antigen oder Antitoxin verwertet. Sie zeigt an, ob Antigen und Antikörper zu einander passen. Der Indikator ist das hämolytische System. WASSERMANN, NEISSER und Mitarbeiter übertrugen nun diese Methode auf den Nachweis von Luesantigen und Luesantikörper. Sie nahmen an Stelle von Antigen ein wässeriges Extrakt von Leber syphilitischer Föten. Im Verlaufe der vielfachen Arbeiten mit dieser Methode zeigte sich, daſs auch alkoholische Extrakte gesunder Organe vom Menschen und Meerschweinchen die Stelle des Antigen erfolgreich vertreten könnten, ferner taurocholsaures und glykocholsaures Natron, oleinsaures Natron, Lecithin und Lipoide, das sind verschiedene, alkohollösliche, fettähnliche, durch Zellzerfall im Organismus gebildete Stoffe. Alle diese Stoffe stammen nicht von den Spirochäten ab, verdienen daher nicht die Bezeichnung Luesantigen. Wir können deshalb wenigstens nach den bisher bekannten Gesetzen auch nicht behaupten, daſs mit diesen Stoffen Antikörper erzeugt oder spezifisch erzeugte Antikörper nachgewiesen werden. Der Stoff im Luesserum, welcher mit dem künstlichen Antigen zusammen das Komplement bindet, ist uns unbekannt; manche haben ihn mit dem Namen Reagin

[1] Vortrag gehalten in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde, Dresden, 13. November 1909.

belegt. Die Komplementbindung an sich ist noch weniger spezifisch; dieselbe wird bei Fällung von Globulin z. B. beobachtet, und beim Zusammenbringen von kristalloiden Stoffen schwindet im Moment des Niederschlags das Komplement. Die Art der Reaktion ist infolgedessen nicht spezifisch und in ihrem Wesen überhaupt noch unklar. NEISSER („*Berl. klin. Wochenschr.*" 1908. S. 563) versuchte sie 1908 so zu erklären, daſs das Luesantigen ein normaliter im Körper vorhandener Stoff wäre, der unter dem Einfluſs des Syphiliserregers eine starke Vermehrung erführe. Dafür daſs das Luesantigen nicht direkt von den Spirochaeten abstammt, spricht u. a. der Befund, daſs Antigengehalt einzelner Organe mit positiver Verimpfbarkeit derselben nicht zusammenfällt. NEISSER vermutete lipoide Substanzen. Dem widerspricht die Beobachtung von WEIL und BRAUN („*Wien. klin. Wochenschr.*" 1908. Nr. 9), wonach sie nach Extraktion der lipoiden Substanzen mit Petroläther die gleiche Hemmung wie in Gegenwart der Lipoide erzielten. Die Antikörper, welche bisweilen schon normalerweise bei kleinen Affen gefunden wurden, haben nach NEISSER keine antitoxischen Eigenschaften. WASSERMANN gibt in Anbetracht der Schwierigkeiten mit dem Wesen der Reaktion die folgende Definition: „Antikörper ist jeder Körper, jedes Molekül, welches mit einem anderen Material feste Bindungen einzugehen vermag." („*Berl. klin. Wochenschr.*" 1907. Nr. 51).

SACHS und ALTMANN („*Berl. klin. Wochenschr.*" 1908. Nr. 14) vermuten in der Bildung von Lecithinalbumin die Ursache der Komplementbindung.

LANDSTEINER und MÜLLER konnten nachweisen, daſs die Luesreagine mit der Globulinfraktion ausfallen. WEIL glaubte, daſs es sich um Antikörper gegen durch Zerfall in den Kreislauf gelangte Stoffe aus Organen handelte, besonders deswegen, weil die Reaktion sich bei zum Organzerfall neigenden Krankheiten fände.

Neuerdings hat LIEFMANN („*Münch. med. Wochenschr.*" 1909. Nr. 41) die WASSERMANNsche Reaktion so erklärt, daſs nicht spezifische Körper nachgewiesen würden, sondern daſs es sich um eine Globulinfällung handele. Voraussetzung ist dabei, daſs die Vereinigung von zwei sich fällenden Substanzen ohne Bildung eines sichtbaren Niederschlags geschehen könne. Das Luesserum enthält die fällbare und das Extrakt die fällende Komponente. Alle schon genannten Antigenersatzmittel präzipitieren Eiweiſs. Das Luesserum enthält nach LIEFMANN besonders leicht fällbares Globulin. Die Labilität des Globulin ist demnach das Charakteristische, nicht etwa das Globulin an sich. Wenn er dasselbe durch Kohlensäureeinleitung ausfällt und wäscht, so gibt es mit Luesextrakt zusammen eine Komplementablenkung. Auſserdem ist das Reaktionsgemisch stets von saurer Reaktion befunden worden, was für den Fällungsprozeſs wesentlich ist.

Citron und Richter (Berl. med. Ges., Juli 1908) fanden in den syphilitischen Seren fettspaltende Eigenschaften, wodurch saure Reaktion erzeugt werden kann. Das Komplement besteht nach Morgenroth und Ferratas aus zwei Teilen (Komplementoiden), welche durch Dialyse trennbar sind. Der eine Teil, der Niederschlag, besteht aus Globulin. Liefmann konnte nun nachweisen, daſs die komplementbindende Kraft sich gegen diesen Globulinteil des Komplements richtete. Alle diese Momente veranlaſsten Liefmann, die Reaktion als eine Globulinfällungserscheinung anzusehen. Auch der Normalambozeptor gegen Hammelblut hat nach Liefmann Globulincharakter, also wird auch dieser bei der Seroreaktion betroffen. Allen bei der Seroreation der Lues verwandten Stoffen kommen nach Liefmann sowohl hämolysehemmende als -fördernde Eigenschaften zu. Die Reaktion sei ein eigenartiges Spiel dieser Kräfte, und bei Verwendung luetischer Seren überwiege die Hemmung. Diese letzte Bemerkung deutet an, wie kompliziert und undurchsichtig die Reaktion ist, welche sich in der Originalform aus fünf verschiedenen Reagenzien zusammensetzt.

Neuerdings haben Liebermann und Maslakowetz („*Zeitschr. f. Immunitätsforschung usw.*“ 1909. II. Bd., S. 554) auf neue Fehlerquellen hingewiesen, welche aus Schwankungen der Erythrocytenmenge und hauptsächlich des Komplementgehaltes der Meerschweinchenseren hervorgehen, so daſs die Reaktion immer schwerer kontrollierbar wird.

Was nun die klinische Spezifität der Reaktion betrifft, so ist letztere, wie bekannt, bei verschiedenen tropischen Protozoenkrankheiten, auſserdem bei Lepra, bei Scharlach, wie weniger bekannt: auch bei Diabetes mit Acidosis des Blutes, bei Hämoglobinurie (Saathoff, drei Fälle, „*Münch. med. Wochenschr.*“ 1909. Nr. 39, syphilitische Hämoglobinurie [? Verf.]) und bei verschiedenen Kachexien beobachtet worden. Es ist also auch hier eine Spezifität nicht vorhanden, aber die genannten Krankheiten sind klinisch leicht auszuschalten und schädigen kaum den praktischen Wert der Methode. Wesentlich ist, daſs

1. die Reaktion bei gesunden Seren stets negativ, und
2. bei syphilitischen auf der Höhe der Erkrankung fast konstant positiv ist.

Aus diesen beiden Tatsachen geht hervor, daſs die positive Reaktion charakteristisch für die Syphilis genannt werden kann. Strittig ist folgendes: Zeigt die positive Reaktion in jedem Falle uns an, daſs noch irgendwo im Körper ein aktiver Spirochätenherd vorhanden ist, mit anderen Worten: daſs der positiv Reagierende noch nicht geheilt ist und infolgedessen noch behandelt werden muſs, oder zeigt sie uns nur an, daſs der betreffende Mensch früher einmal mit Syphilis infiziert wurde?

Bekanntlich hat Neisser (Kongreſsbericht 1906, S. 57) bei seiner

ersten Mitteilung über die Reaktion die persönliche Überzeugung ausgesprochen, daſs sie geeignet wäre, eine Scheidung zu machen zwischen latenten und geheilten Fällen. Er hat ferner noch am 25. Mai („*Münch. med. Wochenschr.*" 1909, Nr. 21) in seiner Erwiderung an Kopp gesagt: „Für mich ist die positive Reaktion ein klares Symptom noch bestehender Syphilis." Während er am 3. Juni 1909 („*Dtsch. med. Wochenschr.*" Nr. 22) sich mäſsigt und die Frage als „strittig" bezeichnet. Auch Herr Galewsky hat in unserer Gesellschaft sowohl am 5. Oktober 1908 als auch am 16. Oktober 1909 behauptet, daſs die positive Reaktion „nach seinem Gefühl" einen aktiven Herd anzeige.

Nach der Theorie der spezifischen Komplementablenkung wollen wir einmal annehmen, daſs die positive Reaktion das Vorhandensein von Antikörpern im Serum anzeigt. Wir müſsten demnach erwarten, daſs schon im Inkubationsstadium, dessen eigentümliche Länge wir auf die Wirkung von Antikörpern beziehen, die Reaktion positiv ausfällt. Ferner, da wir annehmen können, daſs je älter die Infektion, desto gröſser der Antikörpergehalt des Serums ist, müſste im Spätstadium die Probe immer positiv ausfallen, und nach Analogie mit anderen Infektionskrankheiten wäre es nicht wunderbar, wenn auch nach Heilung der Syphilis noch Antikörper durch Komplementablenkung nachzuweisen wären. Demnach brauchte der positive Ausfall durchaus nicht in jedem Fall eine ungeheilte Syphilis anzuzeigen, selbst wenn sie echte, spezifisch gebildete Antikörper nachwiese. Es ist aber ausgeschlossen, daſs sie dies tut.

Stellen wir nun die tatsächlichen Resultate der Reaktion diesen Erwägungen gegenüber:

Im primären Stadium, d. h. vor dem Ausbruch des ersten Exanthems, reagiert das Serum in 35–90% positiv. Die Probe wird in den meisten Fällen erst von der sechsten Woche nach der Infektion ab positiv, in einzelnen Fällen erst nach Ausbruch Rosaeola. Je nach dem Zeitpunkt der Untersuchung und der Fähigkeit Antikörper zu bilden, welche sicher individuell sehr verschieden ist, muſs das Resultat schwanken. Immerhin fällt der späte Zeitpunkt des Positivwerdens auf! Für die Diagnose dieses Stadiums ist deswegen die Probe meist nicht ausschlaggebend. Auf der Höhe der manifesten sekundären Syphilis, von der zehnten Woche ab, also zur Zeit des ersten Exanthems, ist die Reaktion bei verschiedenen Autoren (Citron, Liebermann) in 100% positiv, bei Blaschko, Bruhns und Halberstädter in 98%. Wir können in dieser Periode den positiven Ausfall als fast konstant bezeichnen. Es folgt die Periode, wo Latenzen und Rezidive wechseln. Ein Parallelismus zwischen Schwinden der Reaktion und Latenz usw. ist leider im einzelnen Fall nicht vorhanden: die Reaktion tritt manchmal mit Symptomen auf, sie wird manchmal

ohne Symptome positiv oder sie tritt als Vorbote auf, oder aber sie bleibt negativ, obgleich neue Symptome auftreten (REINHART). Während der Latenzzeiten des kondylomatösen Stadiums reagieren im Durchschnitt 60% (43—78%), während im gummatösen Stadium während der Latenz 30 bis 40%, während des Vorhandenseins manifester Symptome 60—70% positiv reagieren. Es fällt auf, daſs in diesem Stadium 30—40% Versager sind, obgleich bekanntlich auch das Gumma als ein virulenter, d. h. spirochätenhaltiger Herd anzusehen ist und wir eher eine Vermehrung als einen Schwund von Antikörpern annehmen müssen. Die kongenitale Syphilis reagiert in 90—100% positiv. An Leichen hat SCHLIMPERT („*Münch. med. Wochenschr.*" 1909. Nr. 25) bei 45 positiven Reaktionen zehnmal kein sicheres syphilitisches Stigma mehr finden können.

Die auf meiner Abteilung durch die Untersuchungen des Herrn Dr. KÖNIG erhobenen Zahlen stimmen mit den mitgeteilten fast überein: Es reagierten positiv:

im primären Stadium (30 Fälle) . .	= 33 %
im sekundären, manifesten (131 Fälle)	= 94,7%
im sekundären, latenten (47 Fälle) .	= 57 %
im tertiären Stadium (25 Fälle)	
von den manifesten	= 80 %
von den latenten	= 40 %.

Es wurden ferner 202 nichtsyphilitische Seren, darunter 107 von Ulcera mollia Kranken, negativ befunden.

Hervorzuheben ist, daſs von der manifesten gummatösen Syphilis 80% positiv reagierten. Diese gegenüber anderen Befunden hohe Zahl weist darauf hin, daſs unsere Technik gut war.

Im groſsen ganzen sehen wir also im Verlauf der Syphilis ein Anschwellen der positiven Reaktion von der Infektion bis zur sekundären Manifestation, und von da ein langsames Abschwellen in die Spätperiode hinein. Wir sehen mit Bedauern, daſs im primären und im tertiären Stadium eine wechselnde, aber bedeutende Zahl von virulenten Fällen negativen Ausschlag geben: die Hoffnung, durch die Reaktion die latenten und geheilten getrennt zu sehen, ist also nicht erfüllt. Es ist noch nicht festgestellt, wie der Einfluſs der Infektion auf die Reaktion verläuft bei spontanem Ablauf der Krankheit. Das klinische Beobachtungsmaterial gestattet solche Beobachtungen nicht, es ist durch die Behandlung beeinfluſst.

Für den zu erörternden strittigen Punkt ist es wichtig, ob man einen Parallellismus des Reaktionsausfalles mit der Virulenz der Krankheit, wie sie sich klinisch dokumentiert, beobachten kann, d. h. reagiert jeder stark virulente Fall positiv und die schwach virulenten negativ? respektive ist jeder positive stark virulent, jeder negative schwach virulent, wenn nicht

geheilt? Direkt soll die Reaktion nur die Antikörper anzeigen, indirekt jedoch den Spirochätenherd. Nicht jeder virulente Fall reagiert positiv, wie soeben festgestellt. Die Mütter von syphilitischen Früchten sind unanfechtbare Träger starker Virulenz. Trotzdem hat BAISCH (Münchener Frauenklinik) zwölf Fälle aufgezählt mit negativer Reaktion bei den Müttern und positivem Spirochätenbefund beim Fötus. Diese Reaktionsausfälle sind um so auffälliger, als bei diesen Müttern noch im maternen Teil der Placenta Spirochäten gefunden wurden!! Auch unter seinen 27 Fällen mit sicherer syphilitischer Anamnese der Mutter und sicherem Spirochätengehalt beim Kinde sind noch drei Mütter negativ nach WASSERmann, darunter eine, die nie eine Kur gemacht hatte und drei syphilitisch mazerierte Föten geboren hatte, jedes von einem anderen Vater. Noch auffallender ist die Tatsache, daſs zuweilen die Sera von Mutter und Kind verschieden reagierten! Und zwar sowohl negative Reaktion der Mutter bei positiver des Kindes und umgekehrt. Diese Tatsache steht in Widerspruch mit der Behauptung, daſs der Fötus und das Neugeborene seine Antikörper von der Mutter empfange, — warum weist nun die Probe, wenn sie überhaupt Antikörper anzeigt, dieselben beim Säugling auf und bei der Mutter, also an der Quelle, nicht?

Ferner ist der hohe Prozentsatz positiver Reaktionen bei Paralyse und Tabes hier anzuführen: nach HÖHNE 90% positiv, nach anderen 100% und zwar bei Blutserum- wie bei Liquoruntersuchung. Die Paralyse ist nicht mehr als virulent zu bezeichnen und sicher nicht durch Quecksilber zu beeinflussen, höchstens in ungünstigem Sinne. Dem gegenüber steht auffallenderweise die Lues cerebrospinalis, welche noch durch Quecksilber zu beeinflussen ist und als Ausdruck einer virulenten Syphilis anzusehen ist, aber in viel weniger Prozenten positiv reagiert, bei HÖHNE in 16,7%; bei REINHART fast immer negativ, auch in der Lumbalflüssigkeit. NONNE besonders macht auf viele Versager der WASSERMANNschen Reaktion bei Hirnlues aufmerksam. NONNE (Vorlesungen. 1909. S. 633) hatte positive Reaktion bei Tabes und Paralyse in 90%, bei Lues des Zentralnervensystems 57%. Besonders auffallend war NONNE, daſs in 10 von 16 Fällen echter Lues cerebr. die Lumbalflüssigkeit negativ reagierte. Gerade in Anbetracht dieser sich widersprechenden Tatsachen möchte man annehmen, daſs bei Paralyse andere Antikörper reagieren, als bei der Hirnlues, z. B. solche, welche bei Zerfall von Nervensubstanz und Bildung von Lipoiden auf diesem Wege gebildet werden.

Die relativ groſse Zahl von Versagern, d. h. negativer WASSERMANNscher Reaktion, besonders im tertiären Stadium konnten nun nicht im Wesen der Reaktion, sondern in der Technik begründet sein. Z. B. ein nur wenig Antikörper haltendes Serum bei schwachem Extrakt könnte einen Komplementüberschuſs ungebunden lassen, welcher Hämolyse und

somit negativen Ausfall macht. Es würde nicht die Tatsache an sich, sondern nur die große Zahl bedenklich sein (20—40 %). Aber die ververschiedenen Befunde bei Paralyse und bei Hirnlues sprechen gegen eine Abhängigkeit der Reaktion von der Virulenz, welche man bei der Annahme NEISSERS u. a., daß der positive Ausfall einen Spirochätenherd anzeige, doch vermuten muß.

Interessant ist, daß die kongenitale Lues, und besonders die unbehandelte Lues turda (bei mir zwei Fälle) meist positiv reagieren und andererseits in einzelnen Fällen die Syphilis maligna praecox (bei mir ein Fall, ferner bei MÜLLER („*Wien. klin. Wochenschr.*" 1909. Nr. 40) und MERK („*N. F. V.*," Salzburg), negativ reagierten: beide Befunde sind gut mit der Antikörpertheorie zu erklären. Die Malignität beruht auf Mangel an solchen. Leider aber finden sich noch weitere Widersprüche.

Wenn der positive Ausfall einen Spirochätenherd anzeigt, so müßte die spezifische Hg-Behandlung, welche soviel bedeutet wie Abschwächung der Virulenz, wenn auch nur frakturierte Sterilisierung der Spirochäten, einen konstanteren Einfluß auf die Reaktion erkennen lassen. Es müßte endlich der Behandlung glücken, einen großen Teil der Fälle dauernd negativ zu machen. Und Fälle, welche seit Jahrzehnten nach klinischen Erfahrungen gesund sind, müßten negativ reagieren.

Betrachtet man größere Statistiken (bei HÖHNE, LEDERMANN, JORDAN u. a.), so scheint im allgemeinen mit der Zahl der Kuren die Zahl der positiven Reaktionen nachzulassen. LEDERMANN konstatierte, daß bei latenter Lues aller Stadien Unbehandelte in 81 %, Kranke mit ein bis drei Kuren in 73,9 %, mit vier und mehr Kuren in 47,7 % reagieren. Nach HÖHNE (211 Fälle) reagierten vor der Behandlung 100 % positiv, nach der Behandlung 44,6 %, also hat die Behandlung in etwa der Hälfte der Fälle die Reaktion zum Verschwinden gebracht. Bei mir wurden 48 Kranke vor und nach der Behandlung mit der ersten Kur untersucht: $^1/_3$ wurden negativ, $^2/_3$ blieben positiv.[2] Nach CITRON soll es in $^3/_4$ aller Fälle gelingen, die positive Reaktion durch die Hg-Behandlung zu vermindern.

In diesen Statistiken sind Imponderabilien. Ihre Resultate beweisen wieder einmal, daß die Statistik trügen kann. Denn ganz anders sind die Beobachtungen im einzelnen Fall. Da ist der Einfluß der Behandlung ganz regellos, ja es kommen absurde Varietäten vor, z. B. vor der Behandlung reagieren die Seren negativ, während der Behandlung positiv. Bei mehrmaligen Untersuchungen an einzelnen Patienten fand REINHART-Hamburg („*Münch. med. Wochenschr.*" 1909. Nr. 41): 1. Sera,

[2] Inzwischen nach 200 weiteren Untersuchungen ist das Verhältnis $^1/_2 : {^1/_2}$ geworden.

die erst negativ, dann wieder negativ und dann trotz Therapie positiv reagierten, 2. Sera, die erst negativ, dann positiv, dann negativ reagierten, 3. solche, die zuerst positiv, dann nach eingeleiteter Behandlung negativ und bei fortgesetzter Behandlung wieder positiv reagierten. Also manchmal beeinflufst Quecksilber, manchmal beeinflufst es die Reaktion nicht. Es ist also nichts Regelmäfsiges und Paralleles im einzelnen Fall zu konstatieren. Auch bei Blumenthal und Roscher („*Med. Klinik.*" 1909. S. 241) waren von 33 Fällen fünf vor der Kur negativ und nach dem Schlufs positiv. Nach letzteren Autoren zeigt sich im Latenzstadium ein deutliches Nachlassen der positiven Reaktionen wiederholt noch wochenlang nach den Kuren, also unabhängig davon. Nach den oben schon genannten Zahlen haben wir im allgemeinen beim Vergleich des latenten Spätstadiums zum Frühstadium eine Abnahme, unabhängig von der Behandlung. Im latenten Spätstadium sind ja gerade Fälle, die längere Zeit nicht behandelt worden sind, mit eingeschlossen.

Jaworski und Lapinski heben hervor, dafs im tertiären Stadium das Schwinden der Reaktion schwerer (in 3 von 8) als im sekundären Stadium (in 11 von 16 Fällen) zu erzielen sei.

Blanck („*Berl. klin. Wochenschr.*" 1909. Nr. 36) fafst den Einflufs der Therapie auf die Reaktion so zusammen:

1. Ein Drittel aller positiven Reaktionen bleiben trotz ausgiebiger Behandlung positiv.

2. Eine beträchtliche Anzahl der durch die Behandlung negativ gewordenen Fälle springt bald wieder um.

3. Eine Anzahl nicht oder ungenügend behandelter Fälle zeigt negative Reaktion.

4. Einige Wochen nach Beendigung der Kur kann bei positiver Reaktion diese ohne therapeutische Beeinflussung abklingen.

Er zieht daraus den Schlufs, dafs uns die Reaktion mit ihrem Ausfall nicht über den augenblicklichen Stand der Krankheit orientieren kann, und ich mufs mich nach alledem anschliefsen.

Es ist deshalb unstatthaft, den Ausfall der Reaktion als Wertmesser für die Wirkung der Kur anzusehen. Pürkhauer („*Münch. med. Wochenschr.*" 1909. Nr. 14) mufs man beistimmen, wenn er sagt, dafs von einem unmittelbaren, in jedem Fall zu erzielenden Einflufs durch die einzelne Kur nicht gesprochen werden darf, und die erwähnten Tatsachen sind von grofser Bedeutung gegenüber den früheren Behauptungen von Citron, Neisser, Fritz Lesser usw., dafs man behandeln müsse bis die Reaktion negativ geworden sei, und einer entsprechenden, unter den Ärzten weit verbreiteten irrtümlichen Auffassung!

Ja manche Autoren haben betreffs der Prostitution und betreffs der Ehekandidaten und Lebensversicherungsantragsteller, welche positive

Reaktion haben, derartige übereilte, utopische Forderungen aufgestellt. Dem gegenüber berichtet G. MEIER über Fälle, wo eine einjährige Hydrargyrumkur nicht im stande war, bei JAWORSKI eine halbjährige, die positive Reaktion zum Schwinden zu bringen. Wenn man jede Prostituierte mit positiver Reaktion in das Krankenhaus einsperren soll, so wären dies 89% aller Prostituierten nach Untersuchungen von DREYER und MEIROWSKY („*Dtsch. med. Wochenschr.*" 1909. Nr. 39). Wie lange sollten diese 89% eingesperrt und behandelt werden?

Diese Forderung ist unbegreiflich, wenn man bedenkt, daſs wir gar nicht wissen, was die positive Reaktion anzeigt. Auf eine in ihrem Wesen unklare Reaktion ist es doch gewagt, praktische Konsequenzen aufzubauen. Zeigt sie Antikörper an, warum sollen wir einen Kampf gegen diese inszenieren? Zweifellos ist es möglich, daſs ein Patient geheilt ist und noch Antikörper in seinem Serum hat, also positiv reagiert: ist es dann nicht mindestens überflüssig, auf Grund der positiven Reaktion eine Hg-Behandlung einzuleiten? Es liegt also kein Grund vor, wegen der positiven WASSERMANNschen Reaktion von unseren bisherigen Behandlungsprinzipien abzugehen.

Auch andere Autoren sprechen sich ähnlich aus. So BRUHNS (Verein f. inn. Medizin, Berlin, 1909): „Wir dürfen uns also heute in der prognostischen und therapeutischen Beurteilung des syphilitischen Krankheitsfalles durch den Ausfall der Seroreaktion allein noch nicht von den bewährten Prinzipien der Behandlung abbringen lassen." BLUMENTHAL und ROSCHER („*Med. Klinik*", 1909, Nr. 7): „Die Länge der Kur darf nicht nach dem Ausfall der Reaktion bemessen werden." LEDERMANN („*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung.*", 1909, Nr. 7): „Ich halte es bei dem heutigen Stand unserer Kenntnisse für durchaus verfrüht, aus dem positiven und negativen Ausfall der Reaktion allein weitgehende Schlüsse auf die Art und Häufigkeit der einzuleitenden Behandlung zu ziehen." Oder derselbe („*Med. Klinik.*" Nr. 12.): „Ob es gelingt, im Spätlatenzstadium immer ein dauerndes negatives Resultat durch die Behandlung zu erzielen, das ist eine Frage, die erst vieltausendfache Untersuchung zu lösen vermag. Wir können . . . . Latenzsyphilitiker, welche noch eine positive Reaktion zeigen, nicht ins Ungemessene mit Quecksilber behandeln, wissen wir doch, daſs es auch gut behandelte Syphilitiker gibt, die noch Jahrzehnte nach der Infektion positive Reaktion zeigen, ohne daſs die Syphilis inzwischen irgendwelche andere Erscheinungen gemacht oder sich durch direkte oder hereditäre Infektion manifestiert hätte.") SELENEW und C. KOPP haben ähnliche Meinung zum Ausdruck gebracht. BUSCKE und HARDER: („Keine konstante Beziehung zwischen Behandlung und WASSERMANN-Raktion") u. a. gleichfalls.

Alle diese Autoren könnten sich nicht so aussprechen, wenn sie

glaubten, daſs die positive Reaktion in jedem Falle ein Vorhandensein von Spirochäten im Körper anzeige. Das ist unbewiesen. Mindestens ist die Frage als unentschieden zu bezeichnen. Selbst wenn es bewiesen wäre, daſs Spirochäten im positiven Falle im Körper vorhanden sind, so brauchten diese — nach JADASSOHN (*Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1909. Nr. 5) — weder bald, noch überhaupt je wieder pathogen zu wirken! Es ist nicht ausgeschlossen, daſs es auch Spirochätenträger gibt. Diese bedürfen auch nicht unbedingt der Behandlung oder sind vielleicht gar der Beeinflussung durch Hg nicht zugängig.

Ist somit nach dem Stande unseres heutigen Wissens für die Prognose und für unsere therapeutischen Maſsnahmen durch die Anwendung der Reaktion gegen früher nichts geändert, so haben wir doch auf diagnostischem Gebiete einen auſserordentlichen Vorteil von derselben. In allen Fällen, wo die bisherigen diagnostischen Hilfsmittel versagen, wo die Differenzialdiagnose schwierig ist, wo die Anamnese aus irgend einem Grunde fehlt, wo wir bisher zu einer probatorischen Therapie griffen, um ex juvantibus die Diagnose zu stellen, in allen diesen Fällen ersetzt der positive Ausfall der Reaktion die fehlende Anamnese und gibt dem Praktiker die vermiſste Sicherheit für seine Diagnose, die ihm sonst eine klare, unanfechtbare Anamnese gibt. Selbstverständlich ist, daſs bei der Verwendung der Reaktion zu berücksichtigen ist, daſs neben der Syphilis ein Carcinom, ein Sarkom, eine Tuberkulose bestehen kann; ein Zungentumor bei einem positiv reagierenden Patienten muſs daher nicht jedesmal ein Gumma sein. Ist die Anamnese eines Kranken zweifellos für Syphilis sprechend, so ist es unnötig, eine Reaktion anzustellen; dieselbe hätte dann nur theoretischen Wert und würde dem Praktiker nicht mehr sagen, als die Anamnese sagt. Dagegen den Laien würde sie in vielen Fällen psychisch schädigen (Züchtung von Syphilophoben und Hypochondern).

In vielen Fällen des Ehelebens wird daher die Reaktion wichtig für die Praxis sein, sei es nun, um häufiges Vorkommen von Aborten aufzuklären und ihnen durch Behandlung vorzubeugen, oder um bei Erkrankung des einen Ehegatten an Syphilis festzustellen, ob der andere, der klinisch frei zu sein scheint, auch infiziert ist. Ferner wird es vielfach glücken, kongenitale Syphilis, z. B. im Falle von Epilepsie, oder geistigem Defekt, oder schlechter körperlicher Entwicklung, aufzudecken, wo von seiten der Eltern nichts angegeben wird oder angegeben werden kann und auch am Kinde keine deutlichen körperlichen Zeichen von Syphilis gefunden werden. Weiter kommen oft genug zweifelhafte Erosionen der Schleimhaut der weiblichen Genitalien oder des Mundes, auch in der Harnröhre bei beiden Geschlechtern vor, welche der Aufklärung bedürfen. So erinnere ich mich eines Falles, wo Mutter und Kind papelverdächtige Stellen

im Munde hatten, im übrigen gesund zu sein schienen und über eine Ansteckung nichts bekannt war. Der Ehemann war gesund, auch negativ nach WASSERMANN, beide Kranke waren mit Einreibungen ohne Erfolg behandelt worden. Es tauchte der Verdacht auf, daſs es sich um Tuberkulose handele, jedoch WASSERMANN fiel positiv aus und eine energische Einspritzungskur war darauf erfolgreicher als die Inunktionen und bestätigte die Diagnose Syphilis.

Nun die groſse Reihe von selteneren und weniger bekannten sekundären Lokalisationen der Syphilis, besonders im Frühstadium! Diese kommen häufig beim inneren Arzt in Behandlung, die Sklerose wird vom Patienten verschwiegen, bei der Untersuchung nicht gesucht und nicht aufgedeckt, oder ist auch vom Patienten, namentlich weiblichen, nicht beobachtet worden. Diese selteneren sekundären Lokalisationen des Syphilisgiftes sind Gelenkschwellungen, Erkrankungen der serösen Häute, pleuritische Exsudate, Pleuropneumonien, appendizitische Reizungen, Strumitis, ferner meningitische Reizungen, epileptische Anfälle, Fascialislähmungen, Trigeminusneuralgien, ferner Iritis, Iridocyklitis, Labyrinthitis und Metrorrhagien, sei es auf Grund einer syphilitischen Endometritis oder Salpingitis. Alle diese Symptome kommen gelegentlich im sekundären Stadium vor, besonders im Eruptionsstadium, ja bisweilen vor dem Ausbruch des ersten Exanthems. Es ist nicht zu leugnen, daſs ihr Vorkommen nicht allgemein bekannt ist, daſs es sich deshalb verlohnt, namentlich wenn die gewöhnliche Therapie z. B. bei Gelenkentzündung versagt, an Syphilis zu denken und die WASSERMANNsche Reaktion zuhilfe zu nehmen. Weiter ist der diagnostische Wert der Reaktion bei zweifelhaften Lebererkrankungen, Herzerkrankungen (Myocarditis), Aortenfehlern, bei rudimentärer Tabes und bei unklaren Fieberzuständen, namentlich mit Milzschwellung, hinreichend bekannt. Schlieſslich aber kann die groſse Zahl von Fällen des gummösen Stadiums nicht unerwähnt bleiben, welche operiert werden und wurden, weil sie als etwas anderes diagnostiziert wurden. So sind die tuberösen Syphilide der Haut, die Gummata der Muskeln und Knochen mit und ohne Fisteln häufig für Tuberkulose gehalten worden, besonders da in einzelnen Fällen auch die Probeexzision mit nachfolgender histologischer Untersuchung leicht die irrtümliche Diagnose Tuberkulose ergeben konnte. Ferner kann die sogenannte atypische Epithelwucherung älterer Geschwüre zur Fehldiagnose Carcinom verleiten, und ist ein Gumma oft genug auch als Sarkom histologisch diagnostiziert worden. Ich erinnere an die alte ESMARCHsche Arbeit über die Behandlung von sogenannten Sarkomen mit Jodkalium. Besonders erwähnenswert sind noch die syphilitischen Gelenkerkrankungen des gummösen Stadiums, weil auch sie der Tuberkulose sehr ähnlich sind. Auf diese macht HARTTUNG neuerdings aufmerksam. Es sind also bei

der gummatösen Syphilis viele Irrtümer vorgekommen und viele überflüssige Operationen gemacht worden, von der Auskratzung bis zur Ausschneidung, Abtragung einer Ohrmuschel, einer halben Zunge, bis zur Resektion von Gelenken. Ich erinnere mich eines Falles, welcher wegen eines tubero-ulcerösen Syphilides, welches für Tuberkulose gehalten worden war, als ultimum refugium skalpiert werden sollte. Wenn auch eine genaue Untersuchung und syphilidologische Kenntnisse, schliefslich eine Probetherapie bisher schon viele Irrtümer vermeiden halfen, so ist sicher durch die WASSERMANNsche Reaktion auch den Chirurgen ein wichtiges diagnostisches Mittel in die Hand gegeben. Ich verweise auf mehrere von mir kürzlich und vor etwa Jahresfrist demonstrierte Fälle, bei denen die Diagnose von Ärzten und Nichtärzten auf Tuberkulose anstatt auf Syphilis gestellt worden war, und die frühzeitige erfolgreiche Behandlung zum Schaden der Patienten verfehlt worden war.

Diese kurze Aufzählung beweist, wie hoch ich den Wert des positiven Ausfalles der Reaktion für unsere Diagnose anschlage. Dagegen mufs ich es nochmals für falsch erklären, weitere Schlüsse für die Prognose und für die Behandlung an den Ausfall der Reaktion allein zu knüpfen. Diese sind vielmehr ganz nach dem übrigen klinischen Befund von Fall zu Fall zu beurteilen. Der positive Ausfall der Reaktion kommt auch bei Leuten vor, die jahrzehntelang sich voller Gesundheit erfreut haben, die alt geworden sind und gesunde Kinder gezeugt haben. Er sagt nicht, dafs der Serumgeber auf jeden Fall noch Syphilis hat und noch nicht geheilt ist, er sagt uns nur mit Sicherheit, dafs der Betreffende einmal infiziert worden ist. Es steht offen, ob er noch aktive Spirochätenherde hat oder im latenten Stadium ist, oder ob er schon geheilt ist und vielleicht nur noch Antikörper in seinem Serum hat.

Die negative Reaktion ist in Anbetracht besonders des Umstandes, dafs 30—40% im gummösen Stadium negativ reagieren, und des weiteren, dafs die negative Reaktion wieder positiv werden kann, nicht prognostisch zu verwenden; kein Arzt darf einen negativ Reagierenden für gesund erklären. Es kommen Fälle vor, wo der Arzt die Diagnose auf Syphilis stellen mufs und sich durch den negativen Ausfall der Reaktion nicht davon abbringen lassen darf. Sind aber in der Spätlatenz, also fünf und mehr Jahre seit der Infektion vergangen, eine längere Freiheit von Symptomen und eine gründliche Behandlung zu konstatieren, und kommt dazu noch bei mehrfach angestellter Serumuntersuchung ein wiederholter negativer Befund, so kann man dies als günstig für die Prognose ansehen, besonders quoad tabem et paralysin, weil, wie erwähnt, diese beiden parasyphilitischen Erkrankungen fast stets — namentlich im Anfang — positive Reaktion ergeben. Der Ausfall der Reaktion ist in diesem Falle wie ein einzelnes Symptom zu verwerten, wie ein Glied in der

Kette der übrigen klinischen Beobachtungen. Diese Meinung habe ich bereits in der Diskussion am 17. Oktober 1908 nach dem Vortrag des Herrn GALEWSKY ausgesprochen und kann nach meinen bisherigen Erfahrungen dieselbe nur bestätigen.

Es wäre sehr wünschenswert, die Zahl der Versager zu verringern. Sie ist im manifesten tertiären Stadium bei allen Autoren grofs, wenn sie auch von 20—60% variiert. Viele Autoren schieben dieselben auf Fehler in der Technik und ermahnen die Untersucher, die klassische WASSERMANNsche Technik anzuwenden gegenüber den Vereinfachungen der Methode, welche von BAUER, M. STERN und HECHT herrühren. Aber auch die WASSERMANNsche Technik ist nach MASLAKOWETZ und LIEBERMANN noch lange nicht fehlerfrei genug. Sie machen insbesondere auf die Ungleichheit der Erythrocytenemulsion aufmerksam, welche in ungleichem Mafse Komplement zur Lösung brauchen. Ferner auf die verschiedene komplementbindende Kraft verschiedener Antigene und verschiedener Sera. Es bleibt unter Umständen, besonders bei schwachem Antikörpergehalt syphilitischer Seren, ein Komplementüberschufs ungebunden, welcher Hämolyse verursachen kann und damit eine negative Reaktion, d. h. einen Versager bei vorhandener Syphilis zeitigt. Die quantitativen Bestimmungen, welche diese Autoren zur Vermeidung dieser Fehlerquellen vorschlagen, scheinen durchaus begründet, vergröfsern aber die Umständlichkeit der WASSERMANNschen Methode derart, dafs ihre praktische Anwendbarkeit verringert wird.

Dem gegenüber mufs man immer wieder von neuem die Frage aufwerfen, ob nicht durch eine Vereinfachung der Methode einige der Fehlerquellen vermieden werden können, so z. B. der Überschufs und die physiologischen Schwankungen des Komplements im Meerschweinchenserum, ferner der Ambozeptorenüberschufs, da der künstliche im Kaninchenserum und der natürliche in dem zu untersuchenden inaktivierten Serum sich in unbekannter Weise gegenseitig vermehren und beeinflussen. Die HECHTsche Modifikation ist eine derartige Vereinfachung. Sie hat sich bei den Untersuchungen auf meiner Abteilung bewährt: wir nahmen immer frisches, aktives Serum, welches nicht zentrifugiert werden darf, und als weitere Zusätze nur Extrakt (Antigen) und Hammelblutkörperchen. Herr Dr. KÖNIG wird darüber sprechen.[3]

Wenn ich alles zusammenfasse, so mufs ich leider sagen, dafs das Wesen der Reaktion nicht klar ist; sie ist nicht spezifisch, weil kein spezifisches Antigen zu ihrer Ausführung nötig ist. Wir können deshalb auch nicht behaupten, dafs sie spezifische Antikörper nachweist. Auch der Schlufs auf Spirochätenvorhandensein wird durch die Nichtspezifität

[3] Siehe *Dtsch. med. Wochenschr.* 1910.

erschüttert. Die Hypothese der spezifischen Komplementablenkung hat sich nur als fruchtbare Arbeitshypothese erwiesen. Wenn trotzdem die Analogie zu anderen spezifischen Komplementbindungen von einigen weitergeführt wird, so bleibt dabei eine Menge Widersprüche unerklärt.

Dieser Unklarheit gegenüber steht der Ausspruch Neissers (Nr. 21 der „*Münch. med. Wochenschr.*), daſs die positive Reaktion nach seiner Überzeugung ein klares Symptom sei, welches einen aktiven Spirochätenherd anzeige, unvermittelt. Dieser Ausspruch steht in einer Erwiderung, die Neisser in schmerzlicher Enttäuschung an seinen Freund Koppe richtete, welcher in Nr. 19 der „*Münch. med. Wochenschr.*" behauptet hatte, daſs der praktische Wert der Reaktion kein groſser sei. Wir wollen hoffen, daſs es dem verdienten Syphilisforscher noch glückt, das Symptom der Wassermann-Reaktion klarzustellen.

Vorläufig finde ich die Kritik Nonnes (19. Vorlesung, S. 641) sehr berechtigt und stelle sie hier, um ganz unpersönlich zu sein, an den Schluſs: „An sich pathognomisch ist sie nicht; nur durch ihr Vorkommen im Ensemble des Krankheitsbildes bekommt sie ihren Wert. — Heute müssen wir uns noch sagen, daſs ein diagnostisches Verfahren, das selbst bei positiver Syphilisanamnese nicht immer eine positive Reaktion zeigt, das andererseits nur bei positiver Reaktion zu Schluſsfolgerungen führt, die sich Einschränkungen gefallen lassen, bei negativer Reaktion aber keine Schluſsfolgerungen erlaubt, ein Entscheidungshilfsmittel ist, welches noch Mängel hat. Erst wenn von allen Seiten viel Material objektiv beigebracht ist, kann man annehmen, daſs die Diskussion über die neue Lehre zur praktischen Verwertbarkeit der Komplementablenkung für unser Gebiet nicht mehr „affektbeladen" ist."

Aus Dr. Dreuw's Poliklinik für Haut- und Harnleiden.

Lichtträger mit chirurgischem Ansatz.

Vorläufige Mitteilung

von

Dr. Dreuw-Berlin.

Mit drei Abbildungen im Text.

In der Harnröhre und in anderen Körperhöhlen bedient man sich zur Beleuchtung des Operationsfeldes einer direkt vor demselben befindlichen Lichtquelle, z. B. des Valentineschen oder Nitze-Oberländerschen Urethroskops, oder aber des reflektierten Lichts, z. B. in der Nase und im Ohr. Die operativen Eingriffe werden in der Regel so ausgeführt, daſs man

unter gleichzeitiger direkter oder mittels reflektierten Lichtes erzeugter Beleuchtung mit einem besonderen von der Lichtquelle getrennten Instrumente (Messer, Kauter usw.) die Operation vornimmt.

Seit einiger Zeit verwende ich mit Erfolg zur Beleuchtung und gleichzeitigen Operation in Körperhöhlen (Nase, Ohr), namentlich aber zu Operationen in der Urethra ein Instrument, das es gestattet, während der Beleuchtung Inzisionen, kaustische, elektrolytische, kataphoretische und Massagebehandlung in einfachster Weise in der Urethra auszuführen. Das Instrument (Fig. 1) ist so konstruiert, daſs Handgriff, Lichtquelle und Messer ein einheitliches Ganzes bilden. Es ist also mit anderen Worten zwischen Messerspitze und Messergriff eine Lichtquelle eingeschaltet, so daſs ein sozusagen selbstleuchtendes Messer entsteht. Das Instrument wird mit allen noch näher zu erwähnenden Modifikationen hergestellt von Louis & H. Löwenstein, Berlin N., Ziegelstraſse.

Fig. 1 zeigt einen etwas schematischen Längsschnitt durch ein elektrokaustisches Messer für Operationen in der Harnröhre.

T = Tubus,
Sch = die Schleimhaut.
L = Morgagnische Lakune.
M = Messer.
Dieses wird durch die Zuleitungsschnüre *ab* zu einem elektrokaustischen Messer oder zu einer elektrolytischen Nadel. Ferner kann man vor der Lichtquelle eine Kurette anbringen, ein kleines Massageinstrument, eine mit einer Spritze in Verbindung stehende Kanüle, einen zur Kataphorese gebrauchten Ansatz usw. An

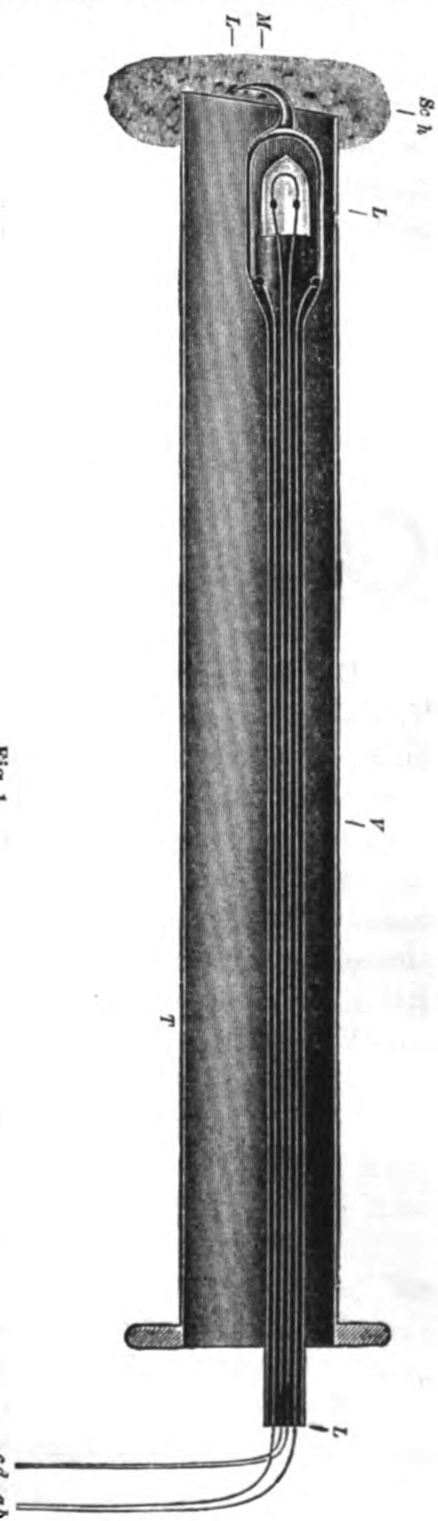


Fig. 1.

einem besonderen Instrument ist an Stelle des Messers eine kalte bezw. warme Schlinge angebracht.

L = Lichtquelle, gespeist durch die Zuleitungsschnüre *c d*.

h = Handgriff (in der schematischen Figur nicht gezeichnet).

V = Verbindungsrohr für die Zuleitungsschnüre zwischen Lichtquelle und Handgriff.

Fig. 2 u. 3 demonstrieren eine Schlinge *c*, die unter Beleuchtung seitens des Mignonlämpchens *b* in einem Tubus von 25 Fil. Charrière verwendet wird. Der elektrische Strom wird seitlich durch die beiden Schnüre *a* zugeführt.

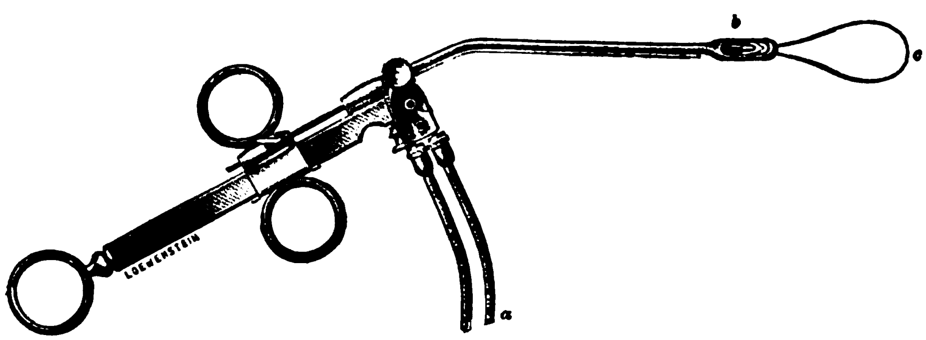


Fig. 2.

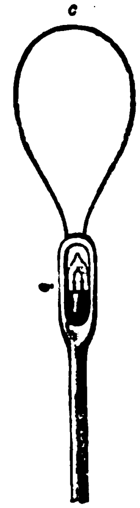


Fig. 3.

Der Tubus wird entweder als gewöhnlicher vorne schräg abgeschnittener Tubus benutzt oder aber als ein Tubus, an dessen vorderem und unterem Ende, das gegen die Schleimhaut angrenzt, ein rechteckiger Ausschnitt angebracht ist, so dafs die Schleimhaut in gröfserer Fläche von vorne nach hinten freiliegt. Das Messer, der Kauter, die elektrolytische Nadel usw. sind so angebracht, dafs sie vor und unter der Lichtquelle im Bogen nach vorne ziehen, so dafs das Auge des Operateurs die Spitze des Instrumentes deutlich sehen und zu jedem Punkte des beleuchteten Operationsfeldes hinführen kann.

Verwendung finden die Instrumente in der Urologie:

1. Zur Inzision von Drüsen oder Infiltraten.
2. Zur intraurethralen- und zur Kollikuluskaustik sowie zur Kaustik bei Prostatahypertrophie.
3. Zur elektrolytischen (doppelpoligen) Zerstörung der erkrankten Drüsenausführungsgänge.
4. Zur Tamponade unter Beleuchtung.
5. Zur Entnahme von aus den Morgagnischen Lakunen austretendem Sekret für die mikroskopische Untersuchung.
6. Zur kataphoretischen unter Beleuchtung durchzuführenden medikamentösen Tiefenwirkung.

Die Diätbehandlung der Hautleiden.

Von

Dr. M. Porosz,
Spezialarzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Budapest.

In den letzten Jahren betonen Fachleute immer häufiger, daſs Hautleiden, namentlich die Ekzeme, einen Zusammenhang mit der „Tätigkeit“ des Magens und des Darmes zeigen. Ich betone absichtlich nicht, daſs sie von Tätigkeitsstörungen abhängen, denn auch bei der normalen Tätigkeit des Magens und des Darmes kann auch eine Hautveränderung vorkommen.

Diesen Zusammenhang beobachteten Kinderärzte, die darüber zum ersten Male referierten. An Gastroenteritis leidende Säuglinge haben für nässende, akute Ekzeme Neigung. Das um den Anus auftretende, ähnliche akute Ekzem kann auch infolge der unmittelbaren Wirkung des Darminhaltes auftreten. Aber auffallend ist es, daſs selbst die gröſste Vorsicht die Erkrankung der benachbarten Stellen nicht verhindern kann. Ja noch mehr, ähnliche Ekzeme zeigen sich auch in den Achselhöhlen, am Nacken und an den Ohren. Auch Laien wissen, daſs der grindige Kopf von der Ernährung abhängt. Es ist wahr, sie wissen, daſs dieses Leiden mit der Ernährung der Mutter zusammenhängt.

Die Franzosen machten diese Beobachtungen auch an Erwachsenen und betonten immer häufiger, daſs das Ekzem nach Verdauungsstörungen auftreten kann und daſs auf die Heilung des Ekzems auch die vorgeschriebene Diät von Einfluſs ist. Die Laien glauben zu wissen, daſs einzelne Hautleiden salzigen und sauren Speisen zuzuschreiben sind. In einzelnen Gegenden wird das trockene, schuppende Ekzem auch „Salzgrind“ genannt. Bei Aknen nach Komedonen benützt man auch Laxantien, damit „sich das Blut reinige“.

In unseren Augen ist es ein dummer Aberglaube, daſs man „den Kopfgrind nicht vertreiben darf, weil er sich auf die Lunge legt und das Kind stirbt“. Dies kann man auch in intelligenten Häusern hören.

Der modernen wissenschaftlichen Auffassung gegenüber steht der Aberglaube der Laien lächerlich da, aber das kann nicht in Abrede gestellt werden, daſs den Kern dieser Auffassung die nüchterne Empirie, die vielfache Erfahrung gegeben hat.

Es ist wahr, daſs man in Ermangelung entsprechender Fachkenntnisse die Erfahrungen sehr oft an nicht entsprechender Stelle und in unpassender Zeit Laienmedikamente anwendet und dadurch sich eine schädliche Quack-

salberei zu Schulden kommen läfst. Das pflegen wir Ärzte natürlich sehr übel zu nehmen.

Kehren wir aber ein wenig vor unserer eigenen Türe!

Unser Beruf, unsere Aufgabe ist das Kurieren und doch ist unser Tun und Lassen sehr oft nichts anderes als Quacksalberei. Das will kein Vorwurf sein, sondern nur eine Ermahnung daran, dafs wir hinfällige Menschen sind.

Darauf macht uns auch die Erfahrung aufmerksam. Solche Belehrungen können jedermann zu teil werden, der die jüngste Geschichte unserer Wissenschaft studiert.

Auch ich wufste und hörte es immer betonen, dafs das Ekzem eine lokale Erkrankung ist. Das war die herrschende Auffassung auch bei Urticaria, dafs sie ein nervöses Symptom ist, das vom verdorbenen Magen und Darm das auftretende Ödem auf reflektorischem Wege hervoruft. Bei unseren heutigen Kenntnissen besteht da ein anderer ursächlicher Zusammenhang. Die Lehre von der Serumtherapie, des Toxins und des Antitoxins klärte schon diese dunkle Frage. Nach Seruminjektionen treten auch Exantheme, ja sogar Urticarien auf. Die so in den Organismus gelangten Stoffe oder ihre eventuellen Produkte wirken an manchen Stellen der Haut, wie fremde Reizstoffe, z. B. das Gelsengift.

Und während SCHWIMMER die Urticaria als neuropathischen Zustand erklärte, beweist schon TÖRÖK, dafs sie unter der lokalen Einwirkung der in die Haut gelangten toxischen Stoffe als lokale Reaktion auftretendes Symptom ist. Durch die Erkenntnis dessen, dafs die Hautleiden Verdauungstörungen zuzuschreiben sind, ist die wissenschaftliche Dermatologie bei der inneren Diätbehandlung angelangt.

Da die Kost der Kinder, namentlich der Säuglinge sehr einfach und nicht so kombiniert ist wie die der Erwachsenen, ist es leicht erklärlich, dafs ihre Beobachtung leichter fällt und gerade deshalb zum Sammeln von Erfahrungen geeigneter ist.

Vor etwa einem Jahre stellte FINKELSTEIN fest, dafs die Ernährung der Säuglinge mit ungesalzener Milch an und für sich schon ein Heilmittel des Kopfekzems ist. Er läfst das fette Casein der Milch mit Labferment, Pegnin niederschlagen, giefst vier Fünftel der Salz enthaltenden Flüssigkeit ab und versetzt sie mit Brei (Hafer- usw.). Auf die Gegenprobe kam HEUBNER, der wahrgenommen hat, dafs ein Säugling immer Ekzem bekam, wenn er die Milch einer Kuh bekommen hat, der Salz gegeben worden ist. Die Untersuchungen FEERS (*Münch. med. Wochenschrift*, 1909, 19. I.) gelangen auch zu der Konklusion, dafs das Salz mit Fetten schädlich ist. Wenn man es aufgibt wird das Ekzem der Säuglinge geheilt.

So ist der „Salzgrind", die Krankheit der Salzblütigkeit der Laien, kein Märchen.

Interessanter ist, was FEER über das gegenseitige Verhältnis zwischen Asthma und Ekzem mitteilt. Er sieht einen gewissen Zusammenhang zwischen beiden. Besserte sich ein Leiden, so kam das andere zum Vorschein. Er sah sogar bei der vorsichtigsten Behandlung der Kopfekzemen Konvulsionen und Fieber auftreten. Nicht selten stellte sich bei vollkommenem Wohlbefinden des Säuglings ein herzschlagähnlicher letaler Ausgang ein. Er nannte ihn „Ekzemtod". BERNHEIM nannte ihn septischer Tod.

So ist auch folglich die Aversion gegen das Kurieren des Grindes nicht ganz grundlos. FEER hält übrigens das Kopfekzem der fetten Kinder für eine schädliche Folge der Übernährung, deshalb reduziert er die Kost der Säuglinge und der Kinder, entzieht ihnen Eier und Fleisch und gibt ihnen Mehlspeisen und Gemüse. Trinken die Kinder nur Milch, so reduziert er sie auf $^1/_4$—$^1/_3$, ja sogar auf die Hälfte.

Vor nicht langer Zeit erneuerte DUNCAN BULKLEY die Erfahrungen PASSAVANTS, über die er schon 1867 berichtet hat. Er hatte nämlich die Heilung der Psoriasis mit vegetabiler Kost erreicht. BULKLEY fand nämlich, daſs der Harn der Psoriatiker zweimal so viel Urate enthält, als der normale. Der Säuregrad übertrifft das zwei- bis dreifache. Dies weist darauf hin, daſs das Endprodukt der tierischen Albuminate stark vermehrt ist, deshalb verwies er sie auf nur vegetabile Kost. Die Heilung seiner schweren Fälle schreibt er dieser Verfügung zu.

Auch SAALFELD verordnete gegen Psoriasis wohlgenährter Individuen statt Arsen vegetabile Kost. — Selbstredend hält er auch eine äuſsere lokale Behandlung für notwendig, um die lokale Veränderung, besser gesagt, die reaktiven Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen.

In den Rahmen der inneren Behandlung der Hautleiden paſst die Behandlung der Furunkulose und der Akne mit Hilfe verschiedener Hefepräparate. Was man darüber liest, ist nur Lob. Ich hatte Gelegenheit, sie in einigen Fällen zu erproben und ich möchte den Erfolg, wenn sich einer einstellte, eher nur dem Zufalle zuschreiben. Und ich bin somit nicht in der Lage, darüber Ermutigendes zu berichten.

Es gibt aber Ekzeme von ganz eigentümlicher Plazierung. Man betont immer mehr, daſs sie mit der Tätigkeit des Verdauungskanals zusammenhängen. So gibt es auch Spezialisten, die das gluteale Ekzem nicht als direkte Einwirkung des enteritischen Kotes erklären. Sie behaupten sogar, daſs sie bei Obstipation noch leichter vorkommen. Sie kommen zumeist bei sonstigen allgemeinen Autointoxikations-Symptomen des Darmes vor, so daſs die Enteritis sich noch nicht eingestellt hat, wenn schon die oft hartnäckigen Symptome auftreten. Das ist die Intoxikation der Haut.

An der Möglichkeit solcher Hautintoxikationen kann man nicht zweifeln. Wer beim Berliner Dermatologenkongreſs die von EDDOWES-London

demonstrierten Hautpräparate gesehen hat, konnte sich davon überzeugen. Man konnte eine ganze Reihe von typischen Kristallen, harnsauren Natriums, in der Haut, besonders in den Talgdrüsen beobachten. Dieser Anblick überzeugte mich von der theoretischen Wahrheit, daſs die Störungen des Stoffwechsels in der Haut, ebenso wie in anderen Organen auch einzelne Intoxikationsveränderungen hervorrufen können.

Das bei Ikterus oft auftretende Hautjucken weist auch ein Licht auf diese Möglichkeit. Pruritus der schwangeren Frauen ist auch die Folge eines bisher unbekannten Hauttoxins. Ja sogar der einfache Pruritus cutaneus, der auf der Haut keinerlei sichtbare Veränderungen zeigt, ist auch nach Ansicht aller Autoren die Folge eines derartigen Toxins. Beim Auskleiden stellt sich ein Jucken ein, das im kalten Zimmer viel intensiver zu sein pflegt. Auch das sah man als Nervensymptom an. Ich hatte Gelegenheit zu beobachten, daſs bei Mitgliedern einer Familie oder zusammenlebenden Individuen, bei zwei guten Freunden oft zur selben Zeit Pruritus auftritt. Es ist ganz unmöglich, daſs man nicht daran denkt, daſs es sich in solchen Fällen um ein Toxinleiden nach dem Genusse gewisser Speisen handelt. Laxantien und die Restringierung des Fleischgenusses, so auch heiſse Bäder vor dem Niederlegen wirken, wenn auch nicht immer sofort, aber doch immer in kurzer Zeit, sehr vorteilhaft. Die bei solchen Individuen oft sichtbare Cutis anserina mit eventuellen Kratzspuren führen den Arzt oft zu einem Irrtum. Und wenn das uralte Heilmittel, die Zinksalbe nicht nützt, kommen mit Rücksicht auf die anderen Fälle oft Antiscabiotica an die Reihe. Auch dies weiſs ich aus Erfahrung. Zur Stillung des Juckens genügt reiner Alkohol, beziehungsweise mit $^{1}/_{2}$%oigem Karbol oder Acid. salicylic. mit einem darauf folgenden Talcum venetum-Streupulver. Letzteres ist auch deshalb ein geeignetes Mittel, weil es gegen die direkte Berührung mit den Kleidern schützt und den reizenden Einfluſs abstumpft. Ein sehr juckenstillendes Mittel ist auch die heiſse Luft. Wenn sich das Jucken auf kleine Stellen lokalisiert, wendete ich mit Erfolg die elektrische Heiſsluftdouche von Mehn an.

Im Winter kann auch die Wärme des warmen Ofens in Anspruch genommen werden. Der Patient fühlt anfangs ein Kitzeln, später Jucken, das sich zu einem stark beiſsenden Gefühle steigert und schlieſslich klagt der Patient über sengende, brennende Wärme. Die Haut wird bald rot. Sodann hören alle Unannehmlichkeiten auf. Aber das ist noch keine endgültige Pause. Die Haut reagiert sehr lebhaft. Sie zeigt auch oft Dermographismus. Einmal schmierte ich oberflächlich Coryfin ein, darauf entstand vorübergehendes Hautödem, aber das Jucken hörte auf. Die regere Blut- und Saftzirkulation scheint die in der Haut befindlichen Reizstoffe auszumerzen.

Mit der menschlichen Natur geht ein gewisser Konservativismus einher Infolge dieses Konservativismus hegte ich einige Zweifel, als diese neuen Lehren aufzutauchen anfingen. Nach und nach nahm der Zweifel ab und schliefslich überzeugte ich mich in eklatanter Weise von der Wahrheit.

Ich sah ein kleines zweijähriges Mädchen, das seit dem Säuglingsalter ekzematös war. Anfangs hatte es ein nur schuppendes, trockenes Ekzem auf dem Gesichte. Infolge nicht ganz entsprechender Behandlung wurde es akut. Das akute, nässende, mit trockenem Grind bedeckte Ekzem verbreitete sich auf dem ganzen Körper. Nach längerem Leiden wurde es ganz geheilt. Nur am Gesäfs blieben ein bis zwei chronische Infiltrationsplaques zurück. Zur selben Zeit traten auf dem Gesichte und dem Kopfe mehrere impetiginöse Grindstellen auf: Die Diagnose (Impetigo contagiosa) war fertig, denn man hielt es für „Grind“. Nach meiner Behandlung löste sich der Grind bald los, das Nässen hörte bald auf, die Gesichtshaut wurde blafs, einfarbig. Nur in kühlem Wetter sah man einige Spuren des alten Impetigo, in der Form einer schwachen Röte. Die auf dem Gesäfs befindlichen ekzematösen Plaques wurden weicher, das Jucken nahm ab.

Eines Tages trat bei dem Kinde Erbrechen ein. Darauf folgte Appetitlosigkeit. Die Impetigostellen wurden erythematös und kleine nadelspitzgrofse Vesikeln traten auf. In einigen Tagen verbreitete sich der Ausschlag auf dem ganzen Gesichte und auch das glutäale Ekzem erneuerte sich und bildete einen lebhaften Mittelpunkt des geschilderten Ausschlages in der Umgebung und auf den Genitalien. Das Jucken stellte sich wieder ein und die Plage mit dem Kinde nahm wieder ihren Anfang.

Das ganze Bild war so typisch und so frappant, dafs mir der Zusammenhang zweifellos erschien.

Das Kind litt seit seinem Säuglingsalter an Obstipation. Im Spitale wurde das Kind nach entsprechender äufserer Behandlung, die mit tierischer eiweifsfreier Diät ergänzt wurde, kuriert und, wenn auch in schleppendem Gange fast ganz geheilt.

Solche Erfahrungen machen Ehrmanns Behauptung erklärlich, der die hartnäckigen Ekzeme an dem Anus in zwei bis drei Wochen mit seinem Mycodermin kurieren konnte. Eine regelmäfsige Tätigkeit des Darmes, Laxantien, Darmmassage und Diät waren seine Hilfsmittel.

Mir brachte wohl das Mycodermin nicht den erwarteten Erfolg, aber die Meinung eines solch hervorragenden Fachmannes, wie es Ehrmann ist, kann nicht angezweifelt werden.

So bewahrheitet sich teilweise der Spruch, es gebe nichts Neues unter der Sonne. So kehrt oft die medizinische Wissenschaft sehr oft zu dem zurück, was früher als Unwissenheit gegolten hat.

Aus der Praxis.

Eucerincoldcream als Waschmittel.

Von

P. G. Unna.

Eine schwache Seite aller Behandlungen des Gesichtsekzems und der Rosacea ist die Reinigung der Haut. Die stärkste Schädigung tritt bereits am frühen Morgen ein, wenn die mit Seife gereinigte Haut der Luft und Kälte ausgesetzt wird. Um die überreizte Haut vor dieser ganz allgemein und bona fide ausgeübten Schädigung zu bewahren, genügt es in vielen Fällen, den Akt der Reinigung auf den Abend zu verlegen, unmittelbar vor Beginn der nächtlichen Behandlung, die doch meist in Auftragung einer Salbe oder Paste besteht. Morgens darf dann die Haut nur abgewischt, nicht gewaschen werden.

Da die meisten derartigen Patienten gewöhnliche Seifen nicht vertragen können, ist zu dieser Abendwaschung prinzipiell eine milde, überfettete Seife, wie die überfettete Basisseife oder die Albumosenseife, zu verordnen.

Es gibt aber einen kleinen Prozentsatz von Patienten mit so überempfindlicher Haut, daſs sie auch diesen einmaligen und in seinen Reizwirkungen durch die nächtliche Behandlung gewöhnlich rasch kompensierten Eingriff nicht gut vertragen, sondern über ein länger dauerndes Brennen oder Spannen der Haut nach jeder Waschung klagen. Für diese Fälle muſs bis jetzt von allen Seifen, auch abends, Abstand genommen werden, da eine für alle derartigen Patienten ausreichend milde Seifengrundlage noch nicht gefunden ist. Man behilft sich in solchen Fällen mit einer andersartigen Reinigung durch Spiritus oder Kleiepräparate, die aber, was Erfrischung und Reinigungseffekt betrifft, sich nicht mit einer Seifenwaschung messen kann.

Die groſse Wasseraufnahmefähigkeit des Eucerins veranlaſste mich nun, einmal zu versuchen, ob diese Salbengrundlage nicht, mit viel Wasser versetzt, zum Reinigen der Haut anstatt der Seife verwendbar sei. Ich nahm dazu den im Handel befindlichen Eucerin-Coldcream, welcher ca. 60% Wasser enthält (gegenüber 28% der gewöhnlichen Coldcreams) und ein bedeutendes Erfrischungsgefühl durch die Verdunstung des inkorporierten Wassers erzeugt.

Wie vorauszusehen, vertrugen auch die empfindlichsten Patienten diese Art der Reinigung sehr gut; ja, sie äufserten zum Teil ihre Befriedigung über das darauf folgende angenehme Gefühl der Entspannung und Reizlosigkeit. Diese Art der Reinigung kann man mithin nicht blofs abends, sondern auch morgens vornehmen, ja, so oft das Bedürfnis der Reinigung auftritt, da es nie schädigend wirkt.

Was nun aber den Hauptpunkt, die wirkliche Reinigung betrifft, so war ich nicht darauf gefafst und einigermafsen überrascht, dafs mir sämtliche Patienten einstimmig und mit Befriedigung versicherten, der Eucerincoldcream reinige ausgezeichnet und entferne anscheinend sogar mehr Schmutz von der Haut als die Seifenwaschung. Ich hielt diese stereotype Angabe zunächst für eine Selbsttäuschung. Der Eucerincoldcream wird eben mit einem Tuche abgewischt und so sieht der Patient allen Staub zusammen, den er sonst mit viel Waschwasser verdünnt wenig bemerkt. Bei näherer Überlegung aber erscheint dieser relativ grofse Reinigungseffekt doch ganz verständlich. Der Seifenschaum wird gewöhnlich nur lose über die Haut geführt. Er dringt unter diesen Umständen als ungemein leichter Körper nicht in alle Vertiefungen der Haut ein; dieses tut er nur dann, wenn man ihn fest in die Haut einreiben würde. Beim gewöhnlichen losen Einschäumen suspendieren sich dagegen im Schaume nur die obenaufsitzenden Staubteilchen. Was beim Seifen die Schaumstruktur, ist bei der Reinigung mit Eucerincoldcream die Emulsionsform. Die sich in der Schwebe haltenden Wasser- und Fettteilchen sind ebenso geeignet, den Staub zwischen sich zu suspendieren wie der Seifenschaum, aber die relativ schwere und zähe Kühlsalbe kommt beim Einreiben in eine viel innigere Berührung mit allen Vertiefungen (Drüsenausführungsgängen) der Haut und löst daher auch mehr Staubteilchen von derselben.

Der Eucerincoldcream als Waschmittel macht mithin die Seifenwaschung für die genannten Patienten entbehrlich durch das Zusammentreffen zweier Faktoren: der hohe Wassergehalt erfrischt in ähnlicher Weise wie die Seifenwaschung und die emulsionsartige Beschaffenheit und festere Konsistenz bewirkt eine sehr gute, jedenfalls stets ausreichende Reinigung.

Was die praktische Anwendung betrifft, so lasse ich den Eucerincoldcream reichlich und dick mit den Fingern auf die Gesichtshaut aufstreichen und gut verteilen, ohne etwaige Salbenreste vorher zu entfernen. Nach einiger Zeit wird derselbe dann mit einem feinen, weichen Tuche gründlich abgewischt. Es hinterbleibt ein sehr angenehmes Gefühl und ein reines, nicht fettiges Aussehen der Haut.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Januar 1910.

Pemphigus und Dermatitis herpetiformis, von George Pernet. P. möchte in erster Linie seine Priorität bezüglich des Zusammenhanges einer Wundinfektion mit dem akuten „Metzger"-Pemphigus wahren, so dafs für diese Art Pemphigus die von amerikanischen Ärzten aufgestellte Bezeichnung Pernet-Bulloch-Typ völlig gerechtfertigt sei, und bespricht dann einen Fall, eine 57jährige Frau betreffend, welcher in den ersten Monaten alle Charakteristika des Pemphigus zeigte, dann aber vielmehr das Aussehen der Dermatitis herpetiformis hatte. Die Krankheit begann an der Innenseite der Vulva mit einer grofsen Blase, worauf eine Anzahl kleinerer Blasen rings um die Vulva sich bildeten; nach Abheilung dieser Stellen traten um den Nabel und von hier aus an Bauch, Brust, Armen neue Blaseneruptionen auf, der Mund war ebenfalls eine Zeitlang befallen. Die interne Behandlung mit Liquor arsenicalis und Liquor Opii sed. aa war nach etwa zwei Monaten eine sehr erfolgreiche, zu Heilung führende, und P. möchte eindringlich diese Kombination bei jedem schweren Fall von Pemphigus empfehlen. Ätiologisch spielte vielleicht der Scheidenkatarrh (starker Ausflufs) eine Rolle. Sechs Wochen später kam Patientin wieder in Behandlung, und zwar mit rundlichen, erhabenen, erythematösen Effloreszenzen, wovon ein Teil mit Depressionen im Zentrum und Neigung zu Bläschenbildung an Rumpf und Armen. Der Ausschlag war nun ganz der Typus der Dermatitis herpetiformis, ging aber allmählich in eine reine Blaseneruption über; auf obige Medikation trat rasch wieder Besserung ein, wenn auch dieser zweite Fall nicht den hohen Grad und die Ausdehnung des ersten angenommen hatte. Ohne seinen Fall weiter zu kommentieren, fügt P. nur noch bei, dafs die Wiener Schule Dermatitis herpetiformis nicht als Krankheitsbild zuläfst, sondern unter Pemphigus rubriziert.

Die Vaccinebehandlung der Akne vulgaris, von W. T. Western. W. stimmt mit anderen Autoren darin überein, drei Arten von Akne auseinander zu halten: 1. Mit Vorherrschen des Comedo, 2. der Induration (Akne indurata) und 3. mit Abscefsbildung (Akne pustulosa); alle drei Arten können aber häufig auch kombiniert vorkommen. Bakteriologisch spielen bei der ersten Gruppe der Aknebacillus, bei der zweiten letzterer in Gemeinschaft mit dem Staphylococcus albus und bei der dritten Art der Staphylococcus allein die ätiologische Rolle. Daraus ergeben sich die jeweiligen Indikationen der spezifischen (Vaccine-) Behandlung. Von der Aknekacillus-Reinkultur wurden sechs bis zehn Millionen in Zwischenräumen von acht Tagen gegeben und nach fünfmaliger Behandlung vollständige Heilung hartnäckiger Fälle erzielt, ebenso war der Erfolg mit der Staphylococcusvaccine bei den bezüglichen Fällen. Die Lokalbehandlung besteht bei diesen Resultaten im allgemeinen höchstens in Expression besonders grofser Comedonen und in Inzision gröfserer Pusteln, wobei Sorge zu tragen ist, dafs die Umgebung nicht mit Eiter verunreinigt werde. Was die Anwendung der Vaccineform betrifft, so genügt nach W.s Erfahrung meist eine Stockvaccine, gelegentlich kommen aber doch Fälle vor, welche nur mit der autogenen, besonders Staphylococcusvaccine, zur Heilung kommen. Ebenso wird der höchste Prozentsatz an Heilung mit der autogenen Aknebacillusvaccine bei den bezüglichen Fällen erzielt; im Vergleich mit anderen Impfstoffen ist bei letzterer eine relativ geringe Dosis notwendig, indem 3—15 Millionen Bakterien in den meisten Fällen genügend sind.

Stern-München.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1909. Heft 12.

Beitrag zum Studium der Histologie des Lupus erythematosus der Schleimhäute, von L. M. Pautrier und A. Fage. Dieser pathologisch-anatomischen Untersuchung lagen vier Biopsien zugrunde, und zwar zwei Fälle von Lupus erythematosus der Zunge, ein Fall von Lupus erythematosus der Wangenschleimhaut und ein Fall von Lupus erythematosus der Unterlippe.

Die pathologische Veränderung der Schleimhaut beim Lupus erythematosus besteht im wesentlichen in einer starken Keratinisation, in einem Nebeneinander von Hyperakanthose und Atrophie der Stachelschicht, in einer bald mäfsigen, bald sehr starken Infiltration der Cutis, und schliefslich in einer Veränderung der Gefäfse.

Die Keratinisation ist die hervorstechendste Veränderung an der Epidermis; sie kann zur Bildung einer Hornschicht von beträchtlicher Dicke Veranlassung geben. Auch die Körnerschicht nimmt stellenweise an der Verdickung teil und kann bis zu zehn Zellreihen aufweisen. An anderen Stellen wiederum fehlt sie vollkommen. In der Stachelschicht stöfst man auf Hyperakanthose und Atrophie. Die Keimschicht ist meistens unverändert; doch zeigt sie sich stellenweise häufig durch einen Haufen Leukocyten gespalten. Der Papillarkörper und die Cutis sind regelmäfsig von Lymphkörperchen und Bindegewebszellen mit hellem Kern infiltriert. Diese Infiltration reicht zuweilen bis in die tiefen Schichten der Cutis und besteht bald aus vereinzelten Zellen, bald aus einer grofsen Fläche dicht gedrängt stehender Zellelemente. Plasmazellen und Mastzellen finden sich in diesem Infiltrat nur spärlich. Die Zellveränderung besteht in einer Schwellung des Endothels und in einer Erweiterung ihres Lumens; sie sind mit roten Blutkörperchen vollgepfropft. Bindegewebe und Elastin sind kaum verändert.

Die Hautreaktion nach Einspritzung von Tuberkulin beim vernarbten Lupus vulgaris, als Mittel, um festzustellen, ob völlige Heilung erfolgt ist, von George Thibierge und Pierre Gastinel. Spritzt man in die Nähe einer anscheinend ganz glatt geheilten Lupusnarbe oder in diese selber eine winzige Menge Tuberkulin — den 100sten Teil eines Milligramms; die doppelte Menge gibt schon zu starke Reaktionen — so entstehen nicht nur in der gesunden Nachbarschaft, sondern auch in der Lupusnarbe selber nach 24 Stunden Röte, Schwellung und Infiltration. Diese Erscheinungen sind in acht Tagen spätestens wieder abgeklungen; es bleiben dann aber häufig auf den Narben kleine, lebhaft gerötete Pünktchen zurück; diese entsprechen kleinen, in der Haut lagernden Lupusknötchen und verraten somit, dafs die anscheinende Heilung noch keine vollkommene sei, dafs und wo die Therapie noch nachhelfen müsse. Somit gestalten sich diese schwachen Tuberkulineinspritzungen für die Behandlung von hervorragender Wichtigkeit.

Bei fortgesetzten Tuberkulineinspritzungen wird die beschriebene Reaktion immer schwächer; ob das daher rührt, dafs das Tuberkulin eine heilende Wirkung ausübt, hatten die Verfasser keine Gelegenheit zu entscheiden. Ebenso müssen sie die Frage unbeantwortet lassen, ob die Reaktion dem Tuberkulin eigentümlich ist, oder ob sie auch andern differenten Stoffen zukommt. In einem Fall von Lupus vulgaris faciei machten sie auf der einen Gesichtshälfte eine intrakutane Einspritzung von Tuberkulin, auf der andern eine von Diphtherieserum und erhielten die Reaktion auf beiden Seiten; sie hielt auf der mit Serum gespritzten länger an.

Zwei Fälle von Sporotrichose, von Rispal und Dalous. Der eine Fall betraf einen 58jährigen Mann, der über dem ganzen Körper subkutane Abscesse, Fistelgänge, Geschwüre und Narben hatte; der andere eine Frau von 43 Jahren mit einer Entzündung am linken Fufsrücken, als deren Ausgang sich eine Ostitis des dritten

Metatarsalknochens ergab. In beiden Fällen wurde die Diagnose von vornherein auf Sporotrichose gestellt, das Sporotrichon in Kulturen nachgewiesen und Heilung durch Jodkalium bezw. chirurgische Behandlung — Eröffnung der Abscesse, Entfernung des entzündeten Knochens — herbeigeführt. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1909. Band II, Heft 23 und 24.

1. **Einseitige Lagerung und Verwachsung beider Nieren,** von E. Papin und Palazzoli.

2. **Bemerkungen über drei Fälle von Cystitis mit inkompletter Harnretention,** von M. Cealis und L. Strominger - Bukarest. (Heft 23.) Kurzer Bericht über drei Fälle von chronischer inkompletter Harnretention bei chronischer Cystitis. Bei zwei Patienten war die Cystitis blennorrhoischer Natur, bei dem dritten, einem fünfjährigen Mädchen, das im ersten Lebensjahre eine Vulvovaginitis durchgemacht und seitdem eitrigen Ausfluſs aus der Vagina hatte, handelte es sich wahrscheinlich um eine durch Bacterium coli verursachte Blasenentzündung. In allen drei Fällen war die Harnretention stärker, als der Kapazität der Blase entsprach: die Menge des Residualharns war stets wesentlich gröſser als die Flüssigkeitsmenge, die bei künstlicher Füllung der Blase Harndrang auslöste, es bestand also ein Miſsverhältnis zwischen Kontraktilität und Sensibilität der Blase. Die in einem Falle durch die Therapie — Blasenspülungen mit Kaliumpermanganatlösung 1 : 4000, Instillationen 1 %iger Höllensteinlösung, Sitzbäder und Gebrauch von Suppositorien — herbeigeführte Besserung der Cystitis äuſserte sich auch durch Verminderung des Residualharns und Vergröſserung der Blasenkapazität, bei einer bald nach Abbruch der Behandlung eingetretenen Verschlimmerung wurde die Menge des Residualharns wieder gröſser, die Kapazität der Blase kleiner. — Die Ursache der Harnretentionen bei chronischer Cystitis liegt in den von Hallé und Motz nachgewiesenen Veränderungen der Blasenmuskulatur. *Götz-München.*

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie.
(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1909. Nr. 8.

1. **Lymphangioma cutis circumscriptum,** von J. Bukovsky. Verfasser beobachtete in letzter Zeit zwei Fälle von Lymphangiom; im ersten Falle handelte es sich um ein reines Lymphangiom, im zweiten um eine Kombination mit Hämangiom. Der erste Fall betrifft einen 39 jährigen Mann, der an seiner Hautkrankheit seit Kindheit laboriert. Auf der Haut des Rückens ist links zwischen dem unteren Skapularrand und der elften Rippe eine erhabene, unregelmäſsige Effloreszenz vorhanden, deren Längsdurchmesser 13 cm, deren Querdurchmesser 17 cm beträgt. Die Effloreszenz besteht aus zahlreichen, nebeneinander liegenden, teilweise dicht gruppierten Bläschen. Einige Bläschen sind kaum sichtbar, die anderen erreichen die Gröſse einer Linse; die ersteren nehmen hauptsächlich die Randpartien der Effloreszenz ein, liegen in der Haut und ragen kaum über dieselbe empor. Die gröſseren, das Hautniveau meist mehr oder weniger überragenden, kugeligen oder ovalen Blasen sind scharf voneinander begrenzt; sie sind meist so durchsichtig, daſs ihr Grund sichtbar erscheint. Die anfangs stark gespannte Oberfläche der gröſseren Blasen wird mit der Zeit runzelig, unregelmäſsig und mit feinen Verzweigungen der abgestorbenen Oberhaut bedeckt. Der Inhalt der Blasen wird trüb, milchig, graugelb. Weder die Blasenoberfläche noch

ihre Ränder oder ihr Grund weisen erweiterte Blutgefäſse auf. Nach Punktion der Blasen entleert sich ein durchsichtiger oder trüber Tropfen, in dem mikroskopisch einzellige Lymphocyten sichtbar sind. Niemals wurde Lymphorrhoe beobachtet. Die Haut zwischen den Blasen ist teilweise ganz normal, teilweise narbig verändert. Auf den Narben entstehen kleine Blasen. Diese Narben scheinen nach der Anamnese künstlich durch die früher angewandte Therapie hervorgerufen zu sein. — Über der Haut des ganzen Körpers sieht man hier und da einzelne kleine Blasen, die klinisch ganz den Bläschen der Peripherie der Rückeneffloreszenz entsprechen.

Ein Teil der Effloreszenz wurde exzidiert und histologisch untersucht. Der histologische Befund war folgender:

1. Die groſse, das Hautniveau überragende Blase wurde in Serienschnitten untersucht. Diese Untersuchung ergab, daſs es sich hier eigentlich um ein einziges Neoplasma handelt, das zahlreiche Fortsätze bildet, welche wiederum durch dünne Fistelgänge untereinander verbunden sind. Alle diese Höhlen und Erweiterungen bilden eine Art von Lymphweg, der mit den Lymphkapillaren der Cutis im Zusammenhang steht. Der Inhalt der Höhlen besteht aus runden Lymphocyten, die teils vereinzelt, teils gruppiert erscheinen. In einzelnen Höhlen begegnet man gröſseren, kreisförmigen Zellen mit schwacher Granulation des Protoplasmas, die ein- bis zwei- bis fünfkernig sind. Die Kerne sind rund, besitzen ein deutliches Kernkörperchen und färben sich leichter als die Kerne der gewöhnlichen Lymphocyten. Daſs diese groſsen Zellen zur Regeneration neigen, beweisen die öfters vorkommenden mitotischen Formen derselben. Auſserdem aber begegnet man vielen Zellen, die sich direkt teilen: der Kern nimmt eine sanduhrförmige Gestalt an, zwei Kerne sind miteinander mittels einer dünnen Chromatinmembran verbunden. Die Kerne der endothelialen Zellen der Gefäſs- und Cystenwände erscheinen bedeutend vergröſsert und tingieren sich sehr schwach, so daſs stellenweise die Kerne kaum sichtbar sind; es erscheint demnach wahrscheinlich, daſs diese Zellen zugrunde gehen und nichts Gemeinschaftliches mit den groſsen, mehrkernigen, regenerationsfähigen Zellen haben, die nur als Lymphocyten zu betrachten sind.

2. Die Anfangsstadien der Höhlen in der Papillarschicht zeichnen sich zunächst durch erweiterte Lymphgefäſse aus; das erweiterte Lymphgefäſs enthält Lymphocyten mit reichlichem Protoplasma und mit dunkel tingierbarem Kerne. Auſserdem finden wir hier verschiedene Zellformationen, die alle von den runden Lymphocyten stammen; die letzteren werden hier zu Phagocyten, indem sie den Inhalt der Cyste in ihr Plasma aufnehmen. Die Lymphgefäſserweiterung beginnt in der Subpapillarschicht gegen die Oberfläche zu, wo sie ampullenförmig wird und in ein Netz dünner Gefäſschen zerfällt. Mit der Zeit bildet sich die ampullenförmige Erweichung zurück und es bleibt nur das Gefäſsnetz bestehen. (Fortsetzung folgt.)

2. **Radium, seine Eigenschaften und Anwendung in der Medizin,** von Ludwik Chybczynski. (Fortsetzung.) Eingehende Besprechung der biologischen Eigenschaften des Radiums. (Schluſs folgt.) *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XVIII. November 1909.

I. **Naevus pigmentosus unius lateris,** von Kudisch-Kiew. Gemeinsam mit Dr. Lasarew hat Kudisch einen einseitigen, auſserordentlich ausgebreiteten Naevus pigmentosus beobachtet. Derselbe betraf bei einem 23jährigen, jüdischen Handwerker die ganze linke Körperhälfte, sowohl des Gesichts, als des Rumpfes, wie der linken Extremitäten. Die Anordnung des Ausschlags entsprach teilweise den Headschen

Segmenten. Zu Gunsten eines embryonalen Ursprungs des Leidens müssen in dem beobachteten Fall die aufserdem vorhandene doppelseitige Aplasie des unteren Facialisastes, die unregelmäfsige Entwicklung vieler Zähne, der einseitige Plattfufs und ein Entengang gezählt werden.

II. **Ein Fall von Naevus verrucosus unius lateris**, von Brotmann. Der Naevus verrucosus safs am äufseren Rande des linken Fufses und soll bei dem betreffenden 13jährigen Mädchen zuerst im elften Lebensmonat entdeckt worden sein. Mikroskopisch handelte es sich um Verdickung der Epidermis und der bindegewebigen Fasern, wie um Bildung von jungem Granulationsgewebe.

III. **Seltener Fall eines serpiginösen, gummösen Ulcus**, von Morosow. In der Pawlowschen syphilidologischen Klinik zu Petersburg kam bei einem 56jährigen Bauer, welcher selbst von Lues nichts wufste, ein serpiginöses Ulcus zur Beobachtung, welches fast die ganze linke Schulterblattregion einnahm und durch infiltrierte, erhabene Ränder sich auszeichnete. Für Lues sprachen, entgegen den Angaben des Kranken und dem guten Gesundheitszustand seiner vier Kinder, einige für ein tuberkulöses Syphilid sehr verdächtige Narben. Trotzdem die eingeleitete kombinierte antisyphilitische Kur allein nicht zum Ziele führte, sondern noch eine gleichzeitige chirurgische Behandlung des Ulcus nötig wurde, sprach doch für Lues die später auftretende Periostitis am Nacken. Mikroskopisch boten die aus den oberen Schichten des Geschwürs entnommenen Hautstückchen nichts für Lues Charakteristisches, wohl aber diejenigen aus der Tiefe, indem sich in den tieferen Fettschichten Herde von plasmatischer, zelliger Infiltration mit Veränderungen der Gefäfse fanden, wie sie bei Lues vorkommen.

IV. **Zur Frage der Harnblasenveränderungen bei primären Erkrankungen des Zentralnervensystems**, von Awerbuch. Im Gegensatz zu den bei anderen Erkrankungen nachweisbaren Veränderungen der Harnblase hat Verfasser sich cystoskopisch davon überzeugen können, dafs dieselben bei Erkrankungen des Zentralnervensystems mit Erscheinungen seitens der Harnblase besonders stark in der Region des Vertex ausgeprägt sind und dafs andererseits die Farbe der Schleimhaut der Harnblase an dieser Stelle sehr blafs ist. *Arthur Jordan-Moskau.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Natrium-Merkuriamidooxyisobutyrosalicylat ist eine neue, in Wasser leicht lösliche Verbindung, welche ca. 40% Hg enthält, sich zu reiz- und schmerzlosen subkutanen Injektionen eignet und als Antilueticum Verwendung finden kann. (*Apoth. Ztg.* 1909. Nr. 97.) *Strickrodt-Hamburg.*

Intramuskuläre Injektionen bei der Syphilisbehandlung, von Viktor C. Pedersen-New York. (*New York med. Journ.* 6. Nov. 1909.) P. wendet jetzt 66⅔% Lösung von Hydrargyrum salicylicum in flüssigem Paraffin, kombiniert mit Lanolin. anhydricum an, letzteres in solcher Menge, dafs eine festzusammenhängende syrupartige Mischung entsteht, so dafs die Notwendigkeit, dieselbe vor dem Gebrauch zu schütteln, nicht mehr vorhanden ist; das Salicylsalz ist gleichmäfsig im Öl suspendiert

und die Suspension ist beständiger, wie auf irgend einem anderen Weg. Zur genauen Dosierung des Mittels, das auch wegen der in möglichst geringen Mengen anzuwendenden Dosis weniger schmerzhaft ist, als die bisherigen Präparate, hat P. eine eigene Spritze nach Art der KOCHschen Tuberkulinspritze konstruiert. Wegen der halbfesten Konsistenz der Suspension und der gleichmäſsigen Verteilung des Quecksilbersalzes in derselben glaubt P., daſs auch Embolie viel weniger oft damit vorkomme. Der eine Nachteil, daſs eine etwas stärkere Nadel gebraucht werden muſs, würde reichlich durch die erwähnten Vorzüge ausgeglichen werden. Sehr wichtig ist, daſs die Mischung sorgfältig aseptisch hergestellt wird. *Stern-München.*

Asurol, ein neues Quecksilbersalz zur Syphilisbehandlung, von Prof. ALB. NEISSER-Breslau. Verfasser empfiehlt Asurol auf Grund seiner ausgedehnten vielmonatlichen Prüfung zur Behandlung der Lues. Asurol ist eine lösliche Quecksilbersalicyldoppelverbindung mit 40,3% Hg, die vor allem gestattet, dem Körper viel mehr Hg als seither einzuverleiben. Während man z. B. mit 1 ccm einer 2%igen Sublimatlösung 0,0148 Hg injiziert, kann man 3 ccm einer 5%igen Asurollösung und damit 0,06 (!) g Hg dem Körper zuführen. Asurol wirkt sehr schnell und bringt daher die Symptome der Lues rasch zum Schwinden, dagegen dürfte es nicht genügend vor Rezidiven schützen, weshalb eine Kombination mit Ol. ciner.-Kuren, die bei geschickter und vorsichtiger Anwendung glänzend vertragen werden, eine in jeder Hinsicht äuſserst vorteilhafte ist. (Näheres darüber in der sehr lesenswerten Originalabhandlung.) Vor den unlöslichen Quecksilberpräparaten hat Asurol den Vorzug, daſs man keine Embolien und lokalen Quecksilberdepots und damit die langwierigen und recht schmerzhaften Infiltrate zu fürchten hat. Seine Wirkungsweise ist auch eine ganz andere. Während die unlöslichen Salze an der Injektionsstelle erst allmählich in lösliche Verbindungen übergeführt werden und dann im Körper zirkulieren, wird Asurol vermutlich als solches schnell fortgeschafft und übt dann seine Wirksamkeit unter Bildung von Sublimat an Ort und Stelle gegen die Spirochäten aus. Im Gegensatz zu Sublimat fällt Asurol kein Eiweiſs. Als Nebenwirkung stellt sich schon 24 Stunden nach Injektion eine leichte Zahnfleischschwellung ein, die sich aber nie zu einer richtigen Stomatitis entwickelt und die nach ein bis zwei Tagen verschwunden ist. Die Ausscheidung des Asurols geschieht in der Hauptsache durch den Darm, weshalb sich auch bisweilen kolikartige Schmerzen nach seiner Injektion einstellen. Das Asurol ist in Packungen von 1,5 und 10 g im Handel sowie in Ampullen à 0,06 Asurol, von denen 15 Stück in einem Karton verpackt sind. (*Therap. Monatsh.* 1909. Nr. 12.) *Strickrodt-Hamburg.*

Intravenöse Quecksilberinjektionen. Bericht über die antisyphilitische Wirkung von 9838 Injektionen, von WILLIAM F. BERNART-Chicago. (*New York med. Journ.* 30. Okt. 1909.) B. war der erste, welcher intravenöse Injektionen löslicher Quecksilbersalze gab, und durch allmähliche Zunahme der Konzentration derselben fand er, daſs eine 1- und sogar 2%ige Sublimatlösung ohne Schaden auf diesem Wege einverleibt werden kann. Die 9838 Injektionen waren auf 422 Fälle verteilt, aber nur 22 derselben unterzogen sich einer vollständigen Kur, unter welcher B. acht Serien von Einspritzungen im Verlaufe von zwei Jahren versteht; diese 22 Patienten erhielten je 108 Einspritzungen, 68 Patienten bei zwei und mehr Serien je 32 Injektionen und 314 der Patienten nur etwa je 15 Injektionen (eine Serie). Das hauptsächliche Injektionsmittel war Sublimat (9446 mal), dann Quecksilbercyanid (327 mal), Quecksilberbijodid (32 mal) und Sublamin. Die Durchschnittsdosis des Sublimats war 0,02 g. An Komplikationen traten einfache Phlebitis nach 208 Injektionen auf, ohne länger als vier bis sieben Tage zu dauern und ohne weitere Folgen zu hinterlassen, ferner obliterierende Endophlebitis (nach 48 Injektionen), welche schmerzhafter ist

und Zerstörung der betreffenden Vene zur Folge hat. Die Gefahr der Embolie erklärt B. für rein theoretischer Natur, wenn die Injektion eines geeigneten Präparats wirklich in die Venen hinein ausgeführt wird. Ebenso selten fand er die so häufig befürchtete Nierenreizung (nur bei 3 der 422 Fälle). Ein ernsterer Darmtenesmus, einfache Diarrhoe oder auch blutige Diarrhoe kommen gelegentlich im Verlaufe der Quecksilberinjektionen vor. Von den 22 Patienten, welche diese Behandlungsart vollständig durchmachten (beendet im Februar 1908), hat bis jetzt nur einer einen Rückfall gehabt (was doch bei der Kürze dieser Zeit noch wenig besagt! Refer.). B. möchte die intravenösen Injektionen nicht als letztes Hilfsmittel in verzweifelten Fällen angesehen wissen, sondern vor allem dann anwenden, sobald Rezidive vorkommen oder es sich um eine schwerere Form von Lues handelt. Er hat sogar die feste Überzeugung, dafs die intravenösen Injektionen in jedem Stadium aktiver Syphilis und bei vielen Fällen beginnender parasyphilitischer Erscheinungen wirksam sind; im allgemeinen genügt bei ersterer zur Beseitigung der Erscheinungen eine Behandlungsdauer von 15—25 Tagen. *Stern-München.*

Neue Behandlung der Syphilis, von H. Hallopeau. (*Deutsche Medizinalztg.* 1909. Nr. 45. Aus *Revue de Thérap. méd. chirurg.* 1909. Nr. 17.) Nach Feststellung der Primärsklerose vorzugsweise durch Untersuchung mit dem Ultramikroskop appliziert H. dauernd eine 30%ige Atoxylsalbe auf den Schanker und injiziert täglich in den Schanker selbst in dessen Nachbarschaft 0,1 g Atoxyllösung. Die Atoxyl- oder Hektin- (ein neues Derivat des Atoxyls) Injektionen müssen 42 Tage lang täglich wiederholt werden. Gleichzeitig leitet H. eine intensive Injektionsbehandlung mit Hydrargyrum benzoicum — 40 Tage je 0,02 g — in die Glutaealgegend ein und läfst täglich 1—2 g Jodkalium einnehmen. *Schourp-Danzig.*

Über die Wirkung des atoxylsauren Quecksilbers auf die Syphilis des Menschen, von Mierley-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 41.) M. hat 31 Syphilisfälle mit Injektionen von atoxylsaurem Quecksilber behandelt und festgestellt, dafs das Mittel die luetischen Erscheinungen, ganz besonders die papulösen Exantheme, aber auch die ulcerösen und gummösen Hautprozesse hervorragend schnell und günstig beeinflufst. Die Nebenerscheinungen sind bei vorsichtiger Dosierung nur gering, jedenfalls nicht stärker als bei Injektion anderer Quecksilbersalze; zur Vermeidung von Stomatitis und Gingivitis ist von Anfang an eine sehr sorgfältige und konsequent durchgeführte Mundpflege nötig. In Fällen, in denen die Augen irgendwie gefährdet sind, ist die Anwendung des atoxylsauren Quecksilbers nicht angezeigt.

Das Präparat entfaltet seine kräftige Wirkung schon bei Gebrauch relativ kleiner Dosen. M. injizierte in den einzelnen Fällen von einer Emulsion in Olivenöl 1 : 9 zweimal 0,5 und viermal 1,0 in halbwöchentlichen bis wöchentlichen Zwischenräumen, im ganzen also 0,5 Hydrargyrum atoxylicum, das ist, da das Präparat 32,3 % Hg und 24,2 % As enthält, 0,16 Hg und nicht ganz 0,125 As. *Götz-München.*

Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Syphilis mit Chininpräparaten, von R. Lenzmann-Duisburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 49.) L. hat schon vor längerer Zeit über Versuche mit intravenösen Chinininjektionen bei Syphilis berichtet; seine Beobachtungen haben ergeben, dafs das Chinin namentlich im sekundären Stadium eine deutliche Wirkung entfaltet, die aber einen gewissen Grad zumeist nicht überschreitet: die Erscheinungen gehen zurück, verschwinden aber für gewöhnlich nicht ganz. Seine Anschauungen über die Syphilisbehandlung fafst L. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Auf Grund der Erfahrungstatsache, dafs der Erreger der Syphilis früher oder später refraktär gegen ein ihn beeinflussendes Gift wird, ist es angebracht, bei einer antisyphilitischen Kur verschiedene, den Erreger beeinflussende Mittel anzuwenden.

2. Als souveränstes Mittel ist das Quecksilber zu betrachten. Neben ihm sollen aber bei einer Kur Jod, Arsacetin und Chinin gegeben werden.

3. Es ist bei den bis jetzt üblichen Kuren noch nicht genügend auf den Krankheitserreger eingewirkt worden.

4. Die Notwendigkeit einer erneuten Kur wird nicht durch das Auftreten subjektiver und objektiver Symptome, sondern durch den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion bestimmt.

L. beginnt die Kur mit intravenösen Injektionen von Chininum lacticum; er spritzt von einer 10%igen, mit 0,8% Natrium chloratum versetzten Lösung in den ersten beiden Tagen zweimal täglich je 2 ccm = 0,2 Chininum lacticum, dann, wenn kein stärkeres Ohrensausen auftritt, zweimal, sonst einmal täglich 3 ccm und nach einigen Tagen einmal täglich 4 ccm ein. Sind nach neun bis zwölf Tagen ungefähr 4 g Chininum lacticum verbraucht und alle Erscheinungen in Rückbildung begriffen, dann wird etwa 25 Tage hindurch täglich 0,015—0,02 Hydrargyrum cyanatum injiziert, gleichzeitig das von den Höchster Farbwerken auf Veranlassung Ls. hergestellte Arsacetin-Chinin (acetyl-p-amidophenylarsinsaures Chinin), das im Gramm 0,5391 Chinin und 0,4309 Arsacetin enthält, verabreicht. L. injiziert von einer 6%igen Aufschwemmung des Präparates in Olivenöl zweimal wöchentlich an aufeinanderfolgenden Tagen je 10 g = 0,6 Arsacetin-Chinin intramuskulär; die Einspritzungen rufen keine Reaktion hervor. Zum Schluſs der Kur, auch der ersten, wird Jodkalium gegeben, das nach L. immer noch das beste und wirksamste Jodpräparat ist.

Durch diese Behandlungsweise werden den Erfahrungen Ls. zufolge die momentan vorhandenen syphilitischen Erscheinungen rascher als durch jede andere Kur beseitigt und selbst Symptome zum Verschwinden gebracht, die auch einer intensiven Quecksilber-Jodkaliumbehandlung widerstanden. Ob durch die kombinierte Kur Rezidive seltener gemacht und definitive Heilungen häufiger herbeigeführt werden als bisher, muſs die weitere Beobachtung lehren. *Götz-München.*

Die interne Behandlung der Syphilis, vom Herausgeber der *Therap. Gazette.* (1909. Nr. 5.) Hervorhebung der Vorteile der in englisch sprechenden Ländern noch heute vorzugsweise geübten Pillenmedikation, und Besprechung einer Arbeit von Rothschuh (*Folia therapeutica.* Januar 1909), der auf Grund seiner Beobachtungen in Zentralamerika für eine häufigere Verwendung von Sassafras und Sarsaparilla eintritt. *W. Lehmann-Stettin.*

Bemerkungen über das Verhalten des Körpergewichts und die Diätetik während der Hg-Inunktionskur, von P. Eisen-Mainz. (*Therap. Monatshefte.* Oktober 1909.) Gewichtsverhältnisse und Diät bei Schmierkuren wurden bei klinisch Kranken einer eingehenden Prüfung unterzogen. Die Kategorie der Potatoren nahm fast regelmäſsig besonders stark am Gewicht ab, ohne daſs sich unter ihnen besonders fettleibige Personen befanden. Schädlich in Rücksicht auf die Gewichtsabnahme ist die reizlose und alkoholfreie Kost. Es soll daher den Kranken während der Kur zu ihrer Vollkost Schinken, Butter, Milchzulagen, Zucker zum Kaffee, gekochtes Obst, Salat usw. zugegeben und Dinge wie Brei weggelassen werden. Zur Erhaltung des Appetits soll Alkoholikern 1/4 Liter Wein oder eine Flasche Bier pro Tag gegeben werden. Vielfach ist auch der Beschränkung der Bewegung an freier Luft Schuld am Gewichtsverlust beizumessen und die Beschränkung der Bewegungsmöglichkeit in den meisten Prostituiertenabteilungen zu bedauern.

Ganz besonders ist auf die Gewichtsverhältnisse bei aktiven oder latenten Tuberkulosen zu achten. Hier kann das Gewichtsverhalten für das therapeutische Handeln maſsgebend sein.

Das Gewicht des Luetikers soll daher im Verlauf der Kur regelmäfsig festgestellt werden und eine Neigung zu progredienten Gewichtsverlusten rechtzeitig bekämpft werden. *Arthur Schucht-Danzig.*

Der diätetische Wert der Somatose für die Therapie der Syphilis, von Georg Hardicke-Berlin. (*Deutsche Medizinal-Ztg.* 1909. Nr. 56.) H. bemüht sich, an einigen Krankheitsberichten zu zeigen, dafs die Somatose als Diäteticum in der Syphilistherapie besonders bei geschwächten Individuen ein nicht zu unterschätzendes Hilfsmittel darstellt, indem sie durch ihre prompte Aufnahme in den Organismus diesem nicht nur vermehrte Kraft gegen die Infektion verleiht, sondern auch die volle therapeutische Anwendung des dem Körper als Heilmittel zugeführten Quecksilbers bedingt. *Schourp-Danzig.*

Reinfektion bei Syphilis. (*Med. Record.* 21. August 1909.) Besprechung der in Volkmanns „Sammlung klinischer Vorträge" erschienenen Arbeit von Felix John, der 350 Fälle von nachgewiesener Neuinfektion gesammelt hat. *W. Lehmann-Stettin.*

Ein Fall von syphilitischer Reinfektion neun Jahre nach der ersten Erkrankung nebst Bemerkungen über syphilitische Immunität, von H. Dardenne-London. (*Lancet.* 9. Oktober 1909.) Die mitgeteilten Details lassen die Diagnose durchaus begründet erscheinen. Verfasser bespricht namentlich die Differentialdiagnose zwischen herpetischen Geschwüren mit ihren charakteristischen, polyzyklischen Konturen und dem Primärsyphilid und tritt für fortgesetzte Behandlung auch trotz fehlender Manifestationen ein. Die Wiederimpfung gegen Pocken ist nicht in höherem Grade nötig als die Wiederholung der Merkurialisation des Syphilitikers.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Frühdiagnose der Syphilis und die Technik der Untersuchung auf Spirochaeta pallida, von W. J. Stone-Toledo, Ohio. (*Med. Record.* 17. April 1909.) Erklärung und Empfehlung der Dunkelfeldbeleuchtung. *W. Lehmann-Stettin.*

Übertragung von Syphilis auf Kaninchen, von Mario Truffi. (*Biochimica e Terap. Speriment.* Band I, Nr. VII.) T. hat eine Anzahl Kaninchen in sieben Serien mit humaner Syphilis geimpft, und zwar durch Übertragung von Kaninchen zu Kaninchen. Er konnte feststellen, dafs die menschliche Syphilis auf Kaninchen übertragbar ist; ferner existiert eine Tendenz zur progressiven Verminderung der Inkubationszeit in den verschiedenen Passagen. Er konstatierte immer eine Adenitis und konnte mit Drüsensubstanz wieder eine charakteristische Hautinfektion hervorrufen mit Anwesenheit von Spirochäten. Dann fand T., dafs eine syphilitische Infektion eines Kaninchens eine absolute Immunität gegen neue Impfung hervorruft, nicht nur der Haut, sondern auch der Cornea; diese hat in einem Fall schon ein Jahr angehalten. Auf Grund seiner Befunde glaubt T., dafs die syphilitische Infektion beim Kaninchen nicht am Inokulationspunkt Halt macht, sondern sich im Organismus verbreitet. Es fehlt aber noch der histologische und experimentelle Nachweis in den inneren Organen. *Haas-Hamburg.*

Die Syphilis und die bösartigen Geschwülste des Rachens, von F. Massei-Neapel. (*Klin.-therapeut. Wochenschr.* 1909. Nr. 43.) An acht Krankheitsgeschichten zeigt der Verfasser, dafs auf syphilitische Erkrankungen des Rachens und der Zunge maligne Neubildungen folgen können. Daher mufs unter gewissen Bedingungen bei manchen Individuen die Prognose sehr vorsichtig gestellt werden. Die antisyphilitische Behandlung mufs, selbst im latenten Stadium, eingeleitet werden, da sie ein prophylaktisches Mittel gegen Carcinom bilden kann. Neben der spezifischen Behandlung kämen jene Hilfsmittel in Betracht, welche jeden Reiz abhalten oder vermindern können: Schonung der Stimme, Extraktion schadhafter Zähne, Verbot von Alkohol und Tabak, harten, heifsen oder aromatischen Nahrungsmitteln.

Die Syphilis disponiert zu Carcinom durch ihren Einfluſs als konstitutionelle Erkrankung, durch das Zwischenglied mancher parasyphilitischer Erscheinungen — Leukoplakie der Zunge — und durch tertiäre Symptome im floriden Stadium.

Schourp-Danzig.

Meningo-encephalitis syphilitica mit groſsem Hämatom. Die endovenösen Sublimatinjektionen bei cerebraler Syphilis, von Trecotoli. (*Il policlinico.* Band XV. Nr. 11.) Krankengeschichte eines Falles, dessen Nervenerscheinungen auf eine Meningo-encephalitis hinwiesen, Diagnose syphilitica wurde per exclusionem gestellt und durch den Erfolg der Therapie bestätigt. P. starb nach einigen Monaten an Erysipel, und es fand sich bei der Sektion ein groſses Hämatom im Gehirn. Verfasser empfiehlt endovenöse Sublimatinjektionen besonders bei schwerer Gehirnsyphilis.

Haas-Hamburg.

Cerebrospinale Syphilis mit Hydrocephalus internus und Symptomen einer Hirngeschwulst, von S. D. Ingham-Philadelphia. (*Journ. americ. med. assoc.* Band 53. Nr. 16.) Krankheitsbericht von einem 42jährigen Manne, der im Alter von 24 Jahren Lues akquiriert hatte. *Schourp-Danzig.*

Gumma des Cerebellums; von E. Cooper und W. H. Edgar. (*Brit. med. Journ.* 18. Sept. 1909.) Kurzer Bericht über einen zehn Jahre zuvor syphilitisch infizierten 35jährigen Seemann, welcher plötzlich Erscheinungen einer Affektion des Cerebellums (Schwindel, ataktischer Gang, gesteigerte Kniereflexe, Pupillendifferenz usw.) darbot. Auf Darreichung von Jodkalium trat prompt Besserung und schlieſslich vollständige Genesung ein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über den Zusammenhang von Idiotie und Syphilis, von H. Lippmann-Königsberg i. Pr. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 47.) Um einige genauere Anhaltspunkte zu gewinnen für die Bedeutung der hereditären Syphilis bei der Entstehung der Idiotie der Kinder, hat L. in der Landesirrenanstalt zu Uchtspringe zunächst 78 kindliche Idioten mit der Wassermannschen Reaktion geprüft; er fand bei sieben Kindern, also 9%, ein positives Resultat. Die gleichen Untersuchungen in Dalldorf lieferten ihm 13,2%. Eine weitere Serie von Untersuchungen an poliklinischem Material mit 77 Fällen lieſs aus klinischen und anamnestischen Feststellungen für sogar 40,2% das Vorhandensein von Lues bei kongenitaler Idiotie nachweisen. Eine fernere Beobachtungsreihe ergab allerdings bei 44 Kindern nur zehnmal Anhaltspunkte für Syphilis; nimmt man beide Gruppen zusammen, so erhält man immerhin einen Prozentsatz von 33,8, eine gewiſs beachtenswerte Ziffer. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Rationelle Behandlung der Tabes dorsalis entsprechend ihrer Pathogenese, von T. A. Williams-Washington, D. C. (*Med. Record.* 10. April 1909.) W. ist der Meinung, daſs in wirklich beginnenden Fällen von Tabes ein Stillstand durch Hg erreicht werden kann; er verläſst sich aber dabei nur auf Injektionen, da er die anderen Methoden für zu unzuverlässig hält, um gegebenenfalls Schlüsse darauf zu gründen. *W. Lehmann-Stettin.*

Aortenaneurysma, Aorteninsuffizienz durch Syphilis und Syphilis insontium, von Bozzolo. (*Riv. sintetiche.* 9. Aug. 1909.) Die Wassermannsche Reaktion zeigt: fast konstant die syphilitische Herkunft des Aneurysma, sehr häufig die Aorteninsuffizienz, ferner, daſs die Syphilis insontium viel häufiger ist als man denkt.

Haas-Hamburg.

Ein Fall von Syphiloma urethrale perforans praecox, von J. Nouell. (*Rev. clin. de Madrid.* 1909. Nr. 20.) Ein 21jähriger Mann bekommt vier Monate nach der Infektion an derselben Stelle, an der der Schanker aufgetreten war, d. h. am Frenulum, eine periurethrale Infiltration mit Perforation nach auſsen, die eine muco-purulente Flüssigkeit enthält. Keine Gonokokken. Heilung mit Jod-Hgkur. *Gunsett-Straſsburg.*

Atrophia muscularis progressiva spinalis syphilitica, von MERLE. (*La Riforma medica.* XXV, Nr. 48.) Referat aus *Revue Neurologique.* Nr. 14, 30. Juli 1909.
Haas-Hamburg.

Das Pankreas und die Parotis bei Heredosyphilis des Foetus und des Neugeborenen, von G. FAROY. (*Thèse de Paris.* 1909.) Der Verfasser hat in neun Fällen von hereditärer Syphilis besondere Aufmerksamkeit dem Pankreas und der Speicheldrüse geschenkt und hat in denselben eine gewisse Anzahl charakteristischer Veränderungen gefunden. In beiden findet man eine bedeutende Hypertrophie des Bindegewebes mit gleichzeitigem Schwunde der drüsigen Elemente und teilweiser Verwandlung derselben in Fettgewebe. Im Pankreas sind die LANGERHANSschen Inseln anfangs vergröfsert und atrophieren später.

Andererseits beobachtet man eine Periarteriitis mit gleichzeitiger Verdickung der Adventitia, Kongestionierung oder Thrombosierung der Venen und Kapillaren, welche letztere reifsen und zu einer hämorrhagischen Pankreatitis resp. Parotitis Veranlassung geben können.

Man findet auch das Treponema pallidum im Gewebe, obwohl viel weniger häufig in der Parotitis als in der Bauchspeicheldrüse.

Die erwähnten Veränderungen, welche bereits während des intrauterinen Lebens gefunden werden, spielen vielleicht eine Rolle in der Entwicklung der Atrepsie bei hereditärsyphilitischen Kindern. *E. Toff-Braila.*

Der syphilitische Ikterus im Sekundärstadium, von ERNESTO FENOGLIETTO. (*La Riforma med.* 1909. Nr. 47.) Im Anschlufs an drei Krankengeschichten legt sich der Verfasser die Frage vor, ob es möglich ist, im gegebenen Falle zu entscheiden, ob ein Ikterus luetischen Ursprungs ist. Im ersten Falle handelte es sich um eine 24jährige Kranke, welche seit einem Monat an Ikterus litt. Derselbe war plötzlich aufgetreten, ohne dafs Magen- oder Darmkatarrh vorausgegangen war. Die Leber war etwas geschwollen und schmerzhaft, der Urin enthielt eine Spur Eiweifs, sonst konnte nichts Pathologisches an ihrem Körper nachgewiesen werden, auch nichts Luetisches. Nach einem Monat waren alle Krankheitssymptome bis auf die Leberschwellung auf eine gewöhnliche diätetische Kur hin verschwunden. Da traten wenige Tage später eine Roseola und eine Angina specifica auf und bald darauf Psoriasis palmaris, welche auf eine Hg-Kur heilten. Auch die Leberschwellung verschwand jetzt. Dieser letztere Umstand, ferner das Fehlen von gastro-intestinalen Störungen vor Auftretan des Ikterus bestärken den Verfasser in der Annahme, dafs es sich um einen luetischen Ikterus handelt. In zwei anderen Fällen war der Zusammenhang sicherer. Im ersten (28jähriger Mann) waren bei Ausbruch des Ikterus noch der Sklerosenrest, allgemeine Drüsenschwellung und nächtliche Kopfschmerzen vorhanden, im zweiten (33jähriges Mädchen) war zwar die Initialsklerose nicht auffindbar, wohl aber eine abblassende Roseola, allgemeine Drüsenschwellung und Tonsillenpapeln, desgleichen nächtlicher Kopfschmerz und rheumatoide Beschwerden. In beiden Fällen war die Leber geschwollen und schmerzhaft. Es fehlten auch hier die beim katarrhalischen Ikterus einhergehenden gastrischen Störungen. Im letzten Falle war auch eine leichte Milzschwellung eher auf Konto der Syphilis zu stellen. In beiden Fällen wurde durch die eingeleitete Hg-Kur schnelle Heilung erzielt. *Gunsett-Strafsburg.*

Ein Fall von parenchymatöser Keratitis bei erworbener Syphilis, von B. CHANCE-Philadelphia. (*Med. Record.* 31. Juli 1909.) Kasuistik.
W. Lehmann-Stettin.

Über Tropensyphilis, von SEIFFERT-Kamerun. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 45.) Verfasser spricht sich dahin aus, dafs seiner Erfahrung nach in den Tropen akquirierte Syphilis bei Europäern im allgemeinen einen schwereren Verlauf nimmt

als die in den gemäfsigten Zonen erworbene. Es wird mit ziemlicher Ausführlichkeit ein Fall geschildert, bei dem ein 27jähriger, sonst gesunder Deutscher mit psychopathischer Belastung (Vater war geisteskrank) wenige Monate nach der Infektion trotz energischer Schmierkur intensive Erscheinungen von Gehirnsyphilis entwickelte und schliefslich Symptome geistiger Störung mit Gewalttätigkeitstrieb äufserte. Zur Würdigung des Wertes des Chinins bei Syphilis bemerkt S., dafs es allgemein von den Europäern in Kamerun als Prophylaktikum gegen Malaria regelmäfsig genommen wird; man sehe aber nicht, dafs dabei die syphilitische Infektion einen milderen Verlauf nehme. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen Fall von Elephantiasis cruris auf luetischer Basis, von G. Morawetz. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 28.) Bei einem 64jährigen Arbeiter, der wohl vor 42 Jahren ein Geschwür am Gliede hatte, aber nie eine spezifische Therapie durchgemacht hat, entwickelte sich allmählich im Laufe der fünf letzten Jahre folgendes Krankheitsbild: Das rechte Bein erscheint von den Zehen bis zur Mitte des Oberschenkels bedeutend vergröfsert und fühlt sich teils derb, teils mehr teigig an. In der Haut zahlreiche flach erhabene, bräunlichrote, linsen- bis bohnengrofse, zum Teil konfluierende Knötchen, die stellenweise mit gelblichweifsen, ziemlich festhaftenden Schuppen bedeckt sind. In der Gegend des Sprunggelenkes kommt es zu einer dickeren, schmutziggelben, panzerartigen Auflagerung, welche über den Fufsrücken bis gegen die Zehen hinreicht und aus dicht nebeneinanderstehenden Hornzäpfchen aufgebaut erscheint. Andere solche Knötchen finden sich über der Mitte des Fufsrückens und an der Fufssohle. Auch am rechten Arm sieht man flache, bräunlichrote, zum Teil mit Schüppchen bedeckte Knötchen; ähnlichen Effloreszenzen begegnet man an den rechten Nates; hier und dort zeigt sich zum Teil eine deutliche orbikuläre Anordnung. Die histologische Untersuchung eines Hautstückes aus der Sprunggelenkgegend ergibt ein Bild, wie es für Bindegewebsneubildungen im Anschlusse an Granulationsbildung geläufig ist. Die Wassermannsche Reaktion fiel positiv aus. Nach 36 Einreibungen mit grauer Salbe und entsprechender lokaler Behandlung nahm die Schwellung des rechten Beines fast zur Norm ab, die Epidermiswucherungen sind bis auf unbedeutende Unebenheiten in der Sprunggelenkgegend geschwunden, die Tubercula cutanea vollkommen involviert. Verfasser bezeichnet den Fall als eine echte Elephantiasis, die direkt durch Lues hervorgerufen wurde.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Pathologie der Parasyphilis im Kindesalter, von Adolf Baginsky-Berlin. (*Arch. f. Kinderheilkde.* Bd. 52, Heft 1—3.) Nach einem Rückblick auf den heutigen Stand der Wissenschaft und nach einem Bericht über seine eigenen Beobachtungen kommt B. zu folgenden Schlüssen: Die syphilitischen Erkrankungsformen, sowohl die sekundären und tertiären, akquirierter Syphilis, wie diejenigen der Heredosyphilis vermag man entweder durch den Nachweis des Infektionsträgers selbst — der Spirochaeta pallida — oder durch die serodiagnostischen und biologischen Methoden, speziell durch Wassermanns Komplementbindungsmethode, klinisch erkennbar und diagnostisch festzustellen. Nachdem man so in der Diagnostik der Syphilis soweit vorgedrungen ist, dafs man Erkrankungsformen, welche, ohne selbst spezifisch sonst ausgesprochenen Charakter zu zeigen, mit Lues in Verbindung stehen, als syphilitisch erkennen kann, wird man sich von dem unklaren und weitschweifenden Begriff der „Parasyphilis“ loszulösen haben. Man wird vielmehr nur noch diagnostisch zu bestimmen haben, Syphilis oder keine Syphilis, und wird zur Syphilis nur rechnen, was wirklich durch die genannten Methoden sich als solche ausweist. Dies gilt ebenso für die Syphilis acquisita wie für die Heredosyphilis.

Es läfst sich schon jetzt nach den vorliegenden Untersuchungsergebnissen be-

haupten, dafs Erkrankungsformen, die man sonst geneigt war, lediglich zur Syphilis in Beziehung zu bringen und unter dem Begriff der parasyphilitischen unterbrachte, verschiedene ätiologische Grundlagen haben, so nahe sich auch ihre äufseren klinischen Symptome kommen; hierher rechnen beispielsweise die spastische Spinalparalyse der Kinder — die LITTLEsche Krankheit —, Infantilismus, Hydrocephalie, Blutkrankheiten, wie Hämophilie, schwere Anämie, Erkrankungen des Herzens, Aphasien und angeborene Defekte. Man wird von nun an die ätiologisch-syphilitischen dieser Krankheitsformen von den anderen nichtsyphilitischen zu trennen haben.

Das ganze Gebiet der bisher unter Heredosyphilis untergebrachten Krankheitsformen wird, von diesem Gesichtspunkte aus, einer, womöglich nach bestimmtem, gemeinsam festgelegten Plane, methodischen Untersuchung und Erforschung zu unterwerfen sein. *Schourp-Danzig.*

Frühzeitige tertiäre Syphilis; Bericht über einen Fall mit den verschiedensten Manifestationen, von F. L. ZIEGEL-New York. (*Med. Record.* 16. Okt. 1909.) 15 Monate nach der Infektion begann ein 37jähriger Patient, der nur oberflächlich und unregelmäfsig behandelt worden war, folgende tertiäre Symptome, die nacheinander auftraten, zu entwickeln: Papulöses Syphilid der Kopfhaut; Geschwüre des rechten Beins; tiefe Geschwüre der Mandeln und der hinteren Pharynxwand; Striktur des linken Ductus nasalis; Ulcerationen an der Stirn; Periostitis der Nasenknochen; Gumma und Perforation des Nasenseptums; Bursitis und Synovitis am linken Knöchel und beiden Knien; Periostitis der oberen Enden der Tibiae; Gummata des rechten Testikels; Synarthrositis in den Rippen-Brustbeingelenken. Unter sehr kräftigen kombinierten Kuren Rückgang aller Erscheinungen. *W. Lehmann-Stettin.*

Das Prinzip und die Technik der WASSERMANNschen Reaktion und ihrer Modifikationen, von HOWARD FOX-New York. (*Med. Record.* 13. März 1909.) Überblick über Bekanntes. Etwa 100 eigene Untersuchungen. *W. Lehmann-Stettin.*

Serodiagnostik der Syphilis, von R. C. MATSON-Portland, Ore. (*Med. Record.* 28. Aug. 1909.) Erklärung der der WASSERMANNschen Reaktion zugrunde liegenden Prinzipien und Rückblick über die damit gewonnenen Resultate.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Frage von der Anwendung aktiver Sera für die Serumdiagnose bei Syphilis, von TSCHERNUGABOW-Moskau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 40.) Autor bespricht eingehend die bisherigen Methoden, bei welchen nicht inaktivierte Seren verwendet werden, u. a. auch seine eigene Modifikation.

Arthur Schucht-Danzig.

Über das Schwinden der WASSERMANN-NEISSER-BRUCKschen Reaktion bei syphilitischen Erkrankungen und einige strittige Punkte derselben, von W. JAWORSKI und ST. LAPINSKI-Krakau. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 42.) Erfahrungen aus der medizinischen Klinik zu Krakau während des letzten Jahres; WASSERMANN-Untersuchungen bei 185 Personen, teilweise im Hinblick darauf, inwieweit positive Reaktionen zu negativen werden durch eingeleitete Hg-Kuren. Hier ist hervorzuheben, dafs es einige Male auch bei Parasyphilitikern gelang, den positiven Ausfall durch kombinierte Kuren in einen negativen umzuwandeln (Aneurysma, Aortitis, Atherosis, Tabes!). „Das Schwinden der Reaktion zeigt indirekt nur auf eine Schwächung des syphilitischen Virus, aber nicht notwendig auf seine Abwesenheit im Organismus. Dennoch ist diese Erscheinung im Laufe der Syphilisbehandlung klinisch als von guter prognostischer Bedeutung zu betrachten, denn es deutet auf die Beeinflussung des syphilitischen Virus durch die therapeutischen Agentien.“ *W. Lehmann-Stettin.*

WASSERMANNsche Reaktion bei Idiotie, von KELLNER-, CLEMENZ-, BRÜCKNER- und RAUTENBERG-Friedrichsberg bei Hamburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 42.)

G. Raviart, Breton, G. Petit, Gayet und Cannac, Lille, haben, wie sie in der *Revue de Médecine*, Bd. 28, Heft 9 mitteilen, unter 246 Idioten bezw. Imbecillen 76 mit positiver Wassermannscher Reaktion gefunden; sie schliefsen daraus, dafs die Syphilis in der Ätiologie dieser Schwachsinnsformen eine wichtigere Rolle spiele, als man bisher vermutete. Auch Plaut konnte bei familiärem Schwachsinn öfter syphilitische Durchseuchung nachweisen. Dagegen fanden die Verfasser unter 216 Idioten nur 16 mit positiver Wassermannscher Reaktion und von diesen 16 waren 10 von vornherein auf Lues verdächtig, nur bei sechs lagen Anhaltspunkte für Syphilis nicht vor. Dieses Ergebnis ist sicher keine Bestätigung der Annahme, dafs die Lues besonders häufig als Ursache der Idiotie in Frage komme; die Resultate der französischen Autoren beruhen anscheinend auf zufälligem Zusammentreffen von Idiotie und Lues bei einem Material, das einer in hohem Grade syphilitisch durchseuchten Bevölkerung entstammt.

Ein kausaler Zusammenhang zwischen Lues und Idiotie wäre erst dann erwiesen, wenn sich bei Idiotie mit positiver Wassermannscher Reaktion in der Cerebrospinalflüssigkeit starke Pleocytose, positive Ammoniumsulfatreaktion nach Nonne-Apelt-Schumm fände. Die Verfasser konnten aus äufseren Gründen nur in vier von den 16 positiv reagierenden Fällen die Lumbalpunktion machen; bei drei von diesen vier Fällen war weder Globulinreaktion noch Pleocytose vorhanden. Dieser Befund spricht gegen einen ursächlichen Zusammenhang der Syphilis mit der Idiotie selbst in diesen drei Fällen von hereditärer Lues bei Idioten. — Trotz alledem mag die Syphilis als konstitutionsschwächendes Agens eine Bedeutung für die Entstehung der Idiotie haben.

Götz-München.

Die Serodiagnose der Syphilis in der Augenheilkunde nebst Bemerkungen über die Beziehungen der Tuberkulose zur Syphilis bei Augenleiden, von Gerhard Schumacher-Kiel. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 44.) Sch. hat bei einer grofsen Zahl von Augenkranken die Wassermannsche und die Tuberkulinreaktion geprüft; aus den Ergebnissen seiner Untersuchung zieht er folgende Schlüsse:

1. Die Serodiagnose leistet in einer grofsen Reihe von Augenaffektionen zweifelhafter Natur wesentliche Dienste, und zwar ist nicht nur der positive Ausfall der Reaktion, sondern gelegentlich auch der negative für die Diagnose verwertbar.

2. Bei hereditär-luetischen Augenkrankheiten scheint der Prozentsatz der positiven Reaktionen in den Fällen, die nie oder seit langem keine akuten Symptome gehabt haben, besonders niedrig zu sein.

3. Auf dem Boden einer hereditär-luetischen Augenentzündung kann sich Tuberkulose des inneren Auges entwickeln.

4. In den Fällen, in denen Lues und Tuberkulose gleichzeitig für das Augenleiden in Betracht kommen, scheint eine kombinierte Behandlung beider Grundleiden angezeigt.

Götz-München.

Beobachtungen über die Diagnose der Syphilis vermittels der Wassermannschen Reaktion, von J. Stopczanski-Krakau. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 47.) 150 Untersuchungen, ausgeführt im Institut für Mikrobiologie und vorgenommen an 103 Patienten der Dermatologischen Klinik; die Ergebnisse weichen von denen anderer Autoren nicht ab.

W. Lehmann-Stettin.

Die praktische Bedeutung der Wassermann-Neisser-Bruckschen Reaktion von Jesionek-Giefsen und Meirowsky-Köln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 45.) Verfasser haben eine gröfsere Serie von Fällen nach diesem Verfahren geprüft, wobei sie teils die Originalvorschrift, teils die Modifikationen von Bauer und von Stern befolgten. Das Fazit, das man aus der ziemlich ausführlichen, begründenden Besprechung dieser 1060 Fälle ziehen kann, bildet im wesentlichen eine Bestätigung der sonstigen Veröffentlichungen über dieses Thema. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über das Wesen und die Technik der Wassermannschen serodiagnostischen Untersuchungsmethode der Syphilis, von Th. Koch. (*Apoth.-Ztg.* 1909. Nr. 97.) Eine übersichtliche Zusammenstellung der für die Genese der Wassermannschen Reaktion wichtigen voraufgegangenen Untersuchungen, ausgehend von der aus dem Jahre 1901 stammenden Bordet- und Gengouschen Komplement-Fixationsmethode. Daran schliefst sich der systematische Aufbau der Technik der Breslauer Methode, die in exakter Weise die sicherste Vorprüfung gestattet, dabei etwas umständlicher und zeitraubender als die Frankfurter Methode ist. Die Ausführungen werden recht anschaulich durch eine graphische Darstellung des hämolytischen Systems sowie der Komplementablenkung illustriert. *Strickrodt-Hamburg.*

d. *Malleus.*

Die Komplementbindung beim Rotz und ihre Beziehung zur Syphilisreaktion, von Miesner und Trapp-Bromberg. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. 52, Heft 1.) Aus den hier beschriebenen, umfangreichen Versuchen (an der Abteilung für Tierhygiene des Kaiser Wilhelms-Instituts für Landwirtschaft zu Bromberg) geht hervor, dafs die Komplementbindung im Verein mit der Agglutination ein ausgezeichnetes Hilfsmittel für die Erkennung der Rotzkrankheit darstellt. Bei gleichzeitiger Anwendung beider Methoden ist es möglich, innerhalb kürzester Frist alle rotzigen Pferde eines Bestandes zu ermitteln. Die Methoden lassen sich in gröfseren Laboratorien ohne Schwierigkeiten ausführen und es empfiehlt sich, stets beide zur Beurteilung gleichzeitig anzuwenden, da die Nachteile der einen Methode durch die Vorzüge der anderen gedeckt werden.

Was die Beziehungen der Komplementbindungsmethode beim Rotz zur Syphilisreaktion anbelangt, so zeigte sich, dafs im Gegensatz zur Syphilis wässerige und alkoholische Organextrakte von rotzkranken und gesunden Pferden oder anderen Tieren sowie alkoholische Bakterienextrakte nicht verwendbar sind. Die Komplementbindung beim Rotz stellt eine spezifische biologische Reaktion dar, die auf der gegenseitigen Einwirkung von Antigen und Antikörper beruht. Hierin liegt ein fundamentaler Unterschied gegenüber der Syphilisreaktion. Die Komplementbindung syphilitischer Sera gelingt nicht nur beim Zusammenbringen mit Extrakten syphilitischer Organe, sondern auch gesunder Organe, ja sogar mit chemisch dargestellten lipoiden Substanzen. Es erscheint daher ausgeschlossen, beide Vorgänge miteinander zu identifizieren. Das einzige Gemeinsame, was ihnen zukommt, ist die Bindung des Komplements; die Prozesse, welche zu dieser Bindung führen, sind grundverschieden. *Stern-München.*

Über chronischen Rotz beim Menschen und seine spezifische Behandlung und Heilung durch abgetötete Rotzbazillen, von Karl Zieler-Würzburg. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 18.) Ein 40jähriger Patient litt seit acht Jahren an einem chronischen Rotz, den er von seinem rotzkranken Pferd akquirierte, und der allmählich zur vollkommenen Zerstörung der äufseren Nase, zu Verdickung der Nasenscheidewand, zu wuchernden Granulationen der unteren Umgrenzung der Nasenöffnung, zu geschwürigen Prozessen an der Oberlippe und am harten Gaumen, zu teilweiser Zerstörung des Zäpfchens und zu Granulationsbildung am Rachendach führte. Die klinische Diagnose wurde durch den Tierversuch (Strasserscher Versuch), durch die gelungene Reinzüchtung von Rotzbazillen, durch die positive Impfung von Mallein und durch den Nachweis von Malleusstoffen („Antimallein") im Serum des Kranken mit Hilfe der Komplementablenkung bestätigt.

Zur Behandlung wurden zuerst Röntgenbestrahlungen vorgenommen. Da aber nicht alle affizierten Stellen den Röntgenstrahlen zugänglich gemacht werden konnten,

so begann Verfasser mit einer spezifischen Behandlung auf dem Wege der aktiven Immunisierung. Dazu stellte Verfasser eine Vaccine her, von der jeder Kubikzentimeter eine Normalöse einer 48stündigen Glycerinagarkultur in physiologischer Kochsalzlösung enthielt. Von dieser Vaccine erhielt Patient im Laufe von zwei Monaten sieben subcutane Injektionen (1/10 bis 3/4 Öse). Schon nach vier Injektionen wurden die Haut- und Schleimhautulcerationen zur völligen Vernarbung gebracht. Verfasser ist sich bewufst, dafs in seinem Falle vorläufig nur von einer klinischen Heilung die Rede sein darf. Trotzdem ist der auffallend schnelle Heilerfolg in nur wenigen Wochen bei einer sonst jedem therapeutischen Eingriff trotzenden Erkrankung wohlbeachtungswert.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhaut.*

Ekzema infantile, von Isaac A. Abt-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 11.) Klinischer Vortrag mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie und Therapie, ohne Neues zu bringen. *Schourp-Danzig.*

Ekzem, von E. G. Little. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 8 aus *British Medic. Journ.*, 5. Juni 1909.) Nichts Neues. *Schourp-Danzig.*

Die Prinzipien der Ekzembehandlung, von W. Scholtz-Königsberg i. Pr. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 41.) Klinischer Vortrag, in dem die Ekzembehandlung vom ätiologischen und vom anatomisch-pathologischen Gesichtspunkt aus geschildert wird. *Götz-München.*

Zur Ekzemtherapie, von F. Veiel-Cannstatt. (*Münch. med Wochenschr.* 1909. Nr. 47.) In diesem mehr für den die Allgemeinpraxis ausübenden Kollegen als für den Spezialarzt berechneten Vortrag gibt Verfasser kurz die allgemeinen und speziellen Mittel an, mit denen man imstande sein wird, in den meisten akuten und chronischen Fällen zum Ziele zu gelangen. Es mag hervorgehoben werden, dafs V. die Ansicht, es sei oft nachteilig ein Ekzem zur Heilung zu bringen, für durchaus nicht begründet hält. Ferner sei erwähnt, dafs er von Seebädern oder Solbädern in vielen Fällen sehr erfreuliche Wirkungen gesehen hat, wenn auch die Gefahr einer möglichen Verschlimmerung durchaus nicht von der Hand zu weisen ist. Von inneren Mitteln ist nicht viel zu erwarten; will man Arsenik geben, so soll man damit jedenfalls nicht allzulange fortfahren. Von Teerpräparaten benutzt V. gerne die neueren, Liantral, Liquor carbonis detergens neben Oleum cadinum und auch das Tumenol als Ersatzmittel. Bei starker Infiltration und grofser Hartnäckigkeit des Leidens sind 2%ige Salben von Chrysarobin oder Pyrogallol mit Vaselin ein gutes Hilfsmittel.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Therapie des Ekzems der Kinder, von Walther Pick-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 39.) P. betont die innige Beziehung des Kinderekzems zu Stoffwechselstörungen. In vielen Fällen genügt oft die Einschränkung der Mahlzeiten, um einen günstigen therapeutischen Erfolg zu erzielen. Die von Finkelstein in die Ekzemtherapie eingeführte salzfreie Diät erscheint Pick unnötig. In allen Fällen leistet als Darmdesinfiziens Phosphorlebertran vorzügliche Dienste.

Schourp-Danzig.

Über die Erfolge der Behandlung des Ekzems mittels Uviollicht, von Oskar Scheuer. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 12.) Verfasser behandelte etwa 40 Fälle der verschiedenen Ekzeme mit Uviollicht und erzielte auch in den hartnäckigsten Fällen tadellose Heilung. Am geeignetsten haben sich die frischen Fälle von papulösem

Ekzem gezeigt, beim nässenden und Bläschenekzem waren die Resultate minder günstig. Gegenüber der medikamentösen Therapie habe die Uviollichtbehandlung den Vorzug der einfachen Handhabung, der guten Dosierbarkeit und Ungefährlichkeit des Verfahrens, dann der Sauberkeit, Schmerzlosigkeit und Raschheit.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Zur diätetischen Behandlung des Säuglingsekzems, von Oskar Witzinger-München. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 23.) Der Verfasser beobachtete bei Darreichung der Finkelsteinschen salzarmen Suppe bei acht Säuglingsekzemen keinen Erfolg. Auch die Ernährung mit Magermilch oder mit reichlicher Gemüsediät und möglichster Einschränkung der Milch (nach Czernyschem und Bohnschem Muster) war nicht von einheitlicher guter Wirkung, so daſs W. den Schluſs folgert, daſs eine allgemein anwendbare zuverlässige diätetische Therapie des Säuglingsekzems nicht existiert. *Schourp-Danzig.*

Erythrodermia congenitalis ichthyosiformis cum Hyperepidermotrophia (Brocq), von Terebinski. (*Praktitscheski Wratsch.* 1909. Nr. 38—40.) In einer längeren Arbeit bespricht Verfasser die von Brocq im Jahre 1902 von der gewöhnlichen Ichthyosis abgeteilte Form der ichthyosiformen, kongenitalen Erythrodermia und liefert dazu die Beschreibung von zwei eigenen, in der russischen syphilidologischen und dermatologischen Gesellschaft vorgestellten Fällen. Von diesen boten beide mehr oder weniger alle von Brocq angegebenen, charakteristischen Merkmale dieser Abart, wenn auch in dem einen derselben der Umstand dem Brocqschen Typus widersprach, daſs das Leiden erst im dritten Lebensjahr aufgetreten war. Dennoch sieht Verfasser hierin keinen Grund, den Fall nicht zur Brocqschen Abart zu rechnen, weil alle sonstigen Merkmale stimmten. So schwierig die Trennung dieser Unterart von den Keratosen ist, erscheint sie Verfasser entschieden berechtigt. Hinsichtlich der Auffassung des mikroskopischen Bildes spricht sich Verfasser für die Annahme einer eigenartigen Hyperdyskeratosis aus. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die chronische schuppende Erythrodermie, von William B. Trimble-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 4.) Bericht von drei Fällen von Brocqs érythrodermie pityriasique en plaques disséminées. Nach den Beobachtungen T.s beginnt die Erkrankung mit kleinen Flecken am Rumpf. Aus diesen Flecken werden nichtjuckende Plaques von roter und brauner Farbe mit undeutlichen Rändern. Etwa später entstehende Papeln führt Tr. mit Wahrscheinlichkeit auf fortdauernde Reizwirkung der Behandlung zurück. *Schourp-Danzig.*

Dermatitis exfoliativa congenita, von J. C. Matthews-Springfield. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 10.) Ein neugeborenes, gut entwickeltes Kind zeigte ausgedehnten Epidermismangel an Händen, Füſsen, Nase, Penis und Nabelgegend. Diese Stellen sahen einer Brandwunde zweiten Grades ähnlich. Das Kind lebte nur zwei Tage. *Schourp-Danzig.*

Pityriasis rosea mit Pseudovesikeln, von Udo J. Wile-New York. (*New York med. Journ.* 13. Nov. 1909.) Der Fall betraf eine weibliche Patientin, bei welcher vor fünf Tagen der Ausschlag im Gesicht zuerst auftrat und dann über den ganzen Körper sich ausbreitete; das Jucken war dabei so intensiv, daſs Patientin zwei Nächte hindurch nicht schlafen konnte. Die einzelnen Efflorescenzen waren von Stecknadelkopf- bis Zehnpfennigstückgröſse und zweierlei Art: die kleineren reine Papeln von gelblichroter Farbe, die gröſseren bläschenartige Gebilde, aus welchen bei Punktion zwei bis drei Tropfen klaren Serums austrat und welche oberflächlich auf tiefer liegenden Bläschen sitzende Papeln zu sein schienen. Der Unterschied des Falles von gewöhnlicher Pityriasis rosea liegt: 1. In dem Bestehen von Efflorescenzen im Gesicht, Händen, Vorderarmen und Beinen unterhalb der Knie; 2. dem hochgradigen Juckgefühl und

3. dem Vorhandensein von Bläschen rund um Vulva und Anus. W. fand in keinem der deutschen, französischen und englischen Werke über Dermatologie einen ähnlichen Fall verzeichnet. *Stern-München.*

An Psoriasiskranken beobachtete Anaphylaxie, von J. Sellei-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 30.) Wenn man Psoriatikern aus ihrer eigenen Psoriasis hergestellte Emulsion einspritzt, können wir anaphylaxiöse Erscheinungen beobachten, wie wir sie bei verschiedenen Krankheiten parasitären Ursprungs sehen können. Zwei ungefähr hellergroſse Psoriasisplaques wurden mit Alkoholäther und Xylol gewaschen, exzidiert und die ausgeschnittenen Hautstücke in einer dicken Glasschale, die mit 4 ccm physiologischer Kochsalzlösung gefüllt war, fein zerschnitten. Die Mischung wurde in die Thermostaten gestellt, wo sie bis zum nächsten Tage vollkommen eintrocknete. Die trockenen Hautstücke wurden von der Wand der Glasschale mit einem sterilisierten Instrument abgelöst und mit einer dicken Eisenstange zerrieben. Nach einstündigem Reiben bildete sich ein vollkommen feiner, weiſser Staub, der in 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung emulgiert wurde. Die weiſse, beinahe milchfarbige Emulsion wurde auf eine Stunde in den Schüttelapparat gelegt, mit ½ %iger Karbollösung versetzt und wieder in den Thermostaten gestellt. 24 Stunden später wurde die Lösung bezüglich der Keimfreiheit untersucht und frei von lebenden Bakterien gefunden. — An der Injektionsstelle entstand in den meisten Fällen eine sehr starke Reaktion mit Temperaturerhöhung (38—38,6°). Nach den Injektionen kann eine neue Psoriasiseruption entstehen. Über Heilung der Fälle äuſsert sich der Autor nicht. *Poross-Budapest.*

Verschiedenes.

Fortbildungskurse auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten, die in der zweiten Hälfte des Märzes 1910 im Ost-Krankenhaus, Berlin O., Tilsiter-Straſse 22 abgehalten werden. 1. Prof. Kromayer: Die neuen physikalischen Heilmethoden und die narbenlosen kosmetischen Operationsverfahren. Fünf Stunden. 2 Dr. Rave: Praktische Einführung in die Röntgen- und Lichttherapie. Fünf Stunden. 3. Ingenieur Heinz Bauer: Physikalische Grundlagen der Röntgen- und Lichttherapie. Fünf Stunden. 4. Dr. Assmy: Diagnose und Therapie der Syphilis nebst Übungen in der Darstellung der Spirochäten. Fünf Stunden. 5. Dr. Stanjeck: Serodiagnostik der Syphilis mit praktischen Übungen. Fünf Stunden. 6. Dr. Hagen: Diagnose und Therapie der chronischen Blennorrhoe. Demonstrationen der neuesten Endoskope und praktische Übungen. Fünf Stunden. 7. Dr. Jahr: Cystoskopie und Ureterenkatherismus. Zehn Stunden. Die diesjährigen Frühjahrskurse beginnen Montag, den 14. März und enden Sonnabend, den 26. März. Jeder der sieben Kurse hat fünf Stunden, nur derjenige der Cystoskopie deren zehn. Sie sind ausschlieſslich auf die Vormittagsstunden gelegt, um den Nachmittag gänzlich für anderweitige Beschäftigung der Kursusteilnehmer frei zu halten. Das Honorar des einzelnen Kursus beträgt 20 Mark; dasjenige der Cystoskopie 40 Mark. Alle Kurse zusammen 140 Mark. Das Honorar ist vor Beginn des Kursus gegen Einlösung einer Karte im Geschäftszimmer des Ost-Krankenhauses zu bezahlen.

Ein neues Röntgenaufnahmeverfahren, von F. Dessauer und B. Wiesner-Aschaffenburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 44.) Durch die (im Referate nicht verständlich darzulegenden) Verbesserungen der Verfasser gelingt es, ein gutes Röntgenbild schon in der kurzen Zeit von $^1/_{50}$ und sogar $^1/_{100}$ Sekunde aufzunehmen,

wie die hier veröffentlichten Aufnahmen beweisen. Ob das Verfahren auch bei Blasensteinen gute Resultate ergeben wird, lassen Verfasser noch zweifelhaft. (Siehe Bd. 49, S. 471.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Furchenbildung im Gesicht als Ausdruck des Charakters mit speziellem Bezug auf die Nasenwangenwinkel, von W. A. Hollis-Brighton. (*Brit. med. Journ.* 18. Sept. 1909.) Der Stellen, an welchen das menschliche Antlitz am regelmäſsigsten Furchen aufweist, sind etwa acht oder neun: die mittlere Partie der Stirn (horizontal), das Gebiet zwischen den Augenbrauen, ferner die Furchen an den äuſseren Augenwinkeln, an den inneren Augenwinkeln nach unten auſsen verlaufend, am Kinn, von den Mundwinkeln nach auſsen unten verlaufend und, als fast am meisten charakteristisch, die Nasenwangenfurche, von der Ala nasi nach dem Mundwinkel verlaufend. An einigen Abbildungen zeigt Verfasser, daſs bei steiler (etwa 60°) Winkelstellung dieser Furchen das Gesicht einen energischen Eindruck macht, während bei breitgezogenen Furchen, welche die Richtung auf den Mundwinkel verfehlen, der Ausdruck ganz anders ausfällt. Einige physiologisch-anatomische Bemerkungen über den Vorgang der Furchenbildung sind kurz beigefügt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Dermatologie in Glasgow. (*Edinb. med. Journ.* Dez. 1909.) Kurze redaktionelle Arbeit über die Entwicklung des dermatologischen Unterrichts und der demselben gewidmeten Anstalten zu Glasgow. Das Glasgower Spital für Hautkrankheiten wurde im Jahre 1861 von Buchanan und M'Call Anderson gegründet und ist dessen Entwicklung, nachdem Buchanan bald darauf gestorben ist, nahezu synonym mit letzterem, der es dann lange Jahre allein leitete. Nach seinem Tode wurde sein langjähriger Assistent Wyllie Nicol sein Nachfolger. Zum Schlusse des Artikels wird darauf hingewiesen, daſs es vielleicht heutzutage besser wäre, eigene Abteilungen für jedes Spezialfach den gröſseren Krankenhäusern beizufügen, anstatt groſse, kostspielige Spezialkrankenhäuser zu errichten. *Stern-München.*

Herr Prof. Bering-Kiel schickt uns folgende **Berichtigung** des Referates seiner Arbeit (Bd. 50, S. 62) ein:

Bericht über 2718 Reaktionen, welche durchweg zugleich nach Wassermann und Bauer gemacht wurden. In Hinsicht auf unser therapeutisches Handeln müssen wir die Reaktion als ein aktives Luessymptom auffassen. Wir sind durch gründliche und konsequent durchgeführte Behandlung in der Lage, die positive Reaktion in eine negative umzuwandeln. Von 94 Fällen, welche chronisch-intermittierend behandelt waren, reagierten 88 dauernd negativ — 94%, während die kürzer und schlecht behandelten einen bei weitem ungünstigeren Prozentsatz aufweisen. Von den sechs chronisch-intermittierend behandelten, welche also trotzdem positiv reagierten, handelte es sich fünfmal um Fälle, welche an den sog. trockenen Syphiliden — kleinpapulösen und psoriasiformen — erkrankt waren. 43 Fälle von Paralyse reagierten positiv — 100%; und Tabes reagierte in 47,5% positiv. Mit Rücksicht auf diese Krankheiten, besonders aber die Paralyse, müssen wir unbedingt bestrebt sein, die positive Reaktion in eine negative umzuwandeln. Wo wir dauernd negative Reaktion bekommen, können wir eine günstige Prognose stellen.

Eine Abortivbehandlung der Syphilis ist möglich: Behandlung bei positivem Spirochätenbefund, aber negativer Reaktion. Es muſs dann aber sofort eine möglichst energische Behandlung einsetzen und auſserdem der Primäraffekt lokal behandelt werden. Auf diese Weise wurden bisher elf Patienten behandelt, die alle bis jetzt, einige schon seit zwei Jahren nicht nur frei von jeder Erscheinung geblieben sind, sondern auch niemals eine positive Seroreaktion aufwiesen. Diese Behandlung stellt das Ideal der Syphilisbehandlung dar.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 50. | №. 5. | 1. März 1910.

Aus dem königl. dermatologischen Institut KARL ALBERT (St. Ludwig-Hospital in Turin.)

Neuer Beitrag zur Untersuchung der sogenannten „Maculae atrophicae", aufgetreten in einem Fall von Acrodermatitis chronica atrophicans HERXHEIMER.

Von

Dr. KARL VIGNOLO-LUTATI,
Privatdozent für Dermatologie und Syphilis an der königl. Universität Turin.

(Mit vier Abbildungen im Text.)

Einige neue Beobachtungen von circumskripter Hautatrophie, die ich in letzter Zeit gesammelt habe, geben mir Veranlassung auf dies verwickelte Gebiet zurückzukommen, mit dem ich mich in früheren Arbeiten schon beschäftigt habe.

Dieser neue Beitrag ist besonders bestimmt, die dunkle Frage zu beleuchten und abgesehen von der Bereicherung der Kasuistik scheint er mir nicht unnütz, fehlt doch immer noch sehr eine Übereinstimmung der Autoren über die Pathologie dieser speziellen Hautaffektion.

Als Beweis hierfür sei es mir gestattet, an einige der in letzter Zeit beschriebenen Fälle zu erinnern.

DUBREUILH z. B. deutet in einer seiner neueren Arbeiten als Lichen planus athrophicus die Beobachtung, die DU CASTEL 1901 ungenau bezeichnete als Plaques atrophiques du front avec cercle limitrophe, papulopigmentaire et papules isolées pigmentaires peripheriques; und diese betrachtete THIBIERGE 1905 als Lupus erythematosus atypicus in forme d'atrophodermie en plaques.

WECHSELMANN bezeichnete als Lichen planus atrophicus die Beobachtung, die PELLIZARI 1884 unter dem Namen Erythema urticatum atrophicans beschrieb, während BALZER und FERNET 1908 dieselbe Beobachtung als einen Fall von Atrophia maculosa cutis infolge einer Urticaria chronica beurteilten. Nun ist aber die Urticaria charakterisiert durch die Quaddel, welche keine Papel ist; nämlich, während die Papel eine festbleibende Form ist und die Merkmale eines wirk-

lichen entzündlichen Exsudates hat, ist dagegen die Quaddel eine verschwindende, flüchtige Form und hat die Merkmale eines Transsudates als Folge eines Serumergusses in die Plasmakanälchen der Derma und Epidermis, ein Erguſs, welcher einem Moment der Vasodilatation nachfolgt, d. h. einer passiven Hyperämie, die ihrerseits die Folge einer ursprünglichen Vasokonstriktion in einem bestimmten Distrikt der Hautzirkulation ist. Wenn daher die morphologischen und histologischen Charaktere des Falles von Pellizari die von Wechselmann vorgeschlagene Bezeichnung rechtfertigen, versteht man auch, indem man das morphologisch charakteristische Element der Urticaria, auch der chronischen, die ihrer Natur noch flüchtige verschwindende Quaddel erkennen muſs, daſs es logisch ist, in den Beobachtungen von Hallopeau, Thimm, Balzer und Fernet die etwaige Bildung von atrophischen Flecken zu berichten, entweder nach der mutmaſslichen Präexistenz von wirklich papulösen, festen, quaddelähnlichen Elementen, erkannt am Kratzen und vorkommend mit wirklichen flüchtigen Quaddeln, oder auch nach den berichteten Rezidiven in situ derselben Quaddeln. Wenn man daher die Bezeichnung Urticaria chronica papulosa für ungenau halten muſs, die ohne jede morphologische Basis von Mucha für zwei in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft Oktober 1908 vorgestellte Fälle gebraucht wurde, so müſste man auch aus denselben Betrachtungen den ungeeigneten Ausdruck Urticaria perstans zurückweisen. Übrigens leugnen Brocq und Pautrier in der französischen Dermatologischen Gesellschaft Dezember 1908, daſs der Lichen obtusus corneus für eine Varietät des Lichen planus gehalten werden könne, in Übereinstimmung mit den Schluſsfolgerungen von White (1907), identifizieren ihn mit der sogenannten Urticaria perstans und definieren ihn als „une forme anormale de lichenification circonscrite en nodules".

Ebenso während Jadassohn eine Unterscheidung für notwendig hält der von Johnston beschriebenen „white spot disease" von den weiſsen atrophischen und narbenähnlichen perifollikulären Flecken der Rumpfhaut, beobachtet von ihm selbst und Iwanow, diagnostiziert Juliusberg, 1908 von einem Mann berichtend, welcher auf Hals und Schultern kleine, lentikoläre rötliche Flecke mit einer Follikelmündung im Zentrum und kleine weiſse Flecke mit peripherer Infiltration und zentraler Atrophie zeigt, diese Beobachtung als einen Fall von „white spot disease", zu identifizieren mit der Unnaschen kartenblattähnlichen Form von Sklerodermie.

Montgomery und Ormsby, im Januar 1907 zwei Fälle von white spot oder Morphaea guttata berichtend, studieren deren histologische und klinische Analogie mit einem Fall von Lichen planus atrophicus sclerosus (Lichen planus morphaeicus von Stöwers, Winrace, R. Crooker).

Den Lichen planus atrophicus haben andererseits Hallopeau und Hoffmann erläutert bei den Betrachtungen des sogenannten Lichen albus von Zumbusch.

Hallopeau hat in der Tat im April 1907 in der französischen Dermatologischen Gesellschaft gesagt: „Nous sommes convaincu que le très remarquable étude de M. v. Zumbusch se rapport a un beau type de la forme scléreuse du lichen de Wilson, il est donc inutile de créer pour la designer cette nouvelle denomination de lichen blanc, d'autant mieux qu'elle n'est pas rigoureusement exacte, puisque les elements peuvent être au debut d'un rouge vif.“

Und während im Juni 1908 in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft auch Hoffmann sich bemühte, zu demonstrieren, daſs sein auf dem internationalen Kongreſs in Berlin 1904 vorgestellter Fall von Lichen sclerosus auch histologisch dem Lichen albus von Zumbusch ähnlich war, spricht Jadassohn seinerseits in seinem Referat über die Beobachtung von Zumbusch im *„Centralblatt für Chirurgie“* von der Analogie des Lichen albus mit gewissen Fällen von Sclerodermia circumscripta.

Brocq und Civatte stellen 1902 in der französischen Dermatologischen Gesellschaft einen einzelnen Fall von Morphoea vor und schlieſsen folgendermaſsen: „Bien qu'il y ait tout une serie de faits de passages des plus insensibles comme gamme entre les sclerodermies en plaques les plus infiltrées, les plus lardacées, les faits analogues a celui que nous publions et les atrophies en plaques vraiment accentuées de la peau, il est permis de se demander si, pour la precision du tableau clinique, il ne serait pas bon de distinguer trois groupes de lesions, entre lesquels d'ailleurs on connait de nombreux faits de passage, sans compter les cas mixtes, dans lesquels, chez un même sujet il existe des alterations cutanées appartenent a chacun des trois groupes:

1er groupe: Les sclerodermies en plaques proprement dites, caracterisées par une infiltration considerable lardacée des téguments et une limitation un peu diffuse. 2e: Les morphées, caracterisées par une consistance, pour ainsi dire, normale des plaques atteintes, lesquelles ont une teinte d'un blanc mat, d'un blanc rosé ou bluatre et qui sont nettement limitées par un lilac ring des plus accusés. 3e: Les atrophies circonscrites de la peau pr. dites“.

Brocq und Fernet demonstrierten im März 1909 in der französischen Dermatologischen Gesellschaft einen neuen Fall von „Sclerodermie en plaques superficielles sans infiltration, a foyers multiples, fait de passage vers les atrophies cutanées“.

Diese eben erwähnten Tatsachen in Verbindung mit andern ähnlichen Beobachtungen von Juliusberg 1901, Jeanselme 1903 und von mir 1907 demonstrieren wie die früheren von Wilson, Liveing, R. Crocker, Duhring,

Taylor die direkte Beziehung, die zwischen Morphea und der circumskripten Hautatrophie besteht, und widerlegen auch die Unterscheidung zwischen Morphea und Sclerodermie, wie sie hauptsächlich von Duhring in Amerika und Vidal in Frankreich beibehalten wurde, sie identifizieren im Gegenteil die beiden Formen in ihrem Wesen gemäſs der Ansicht von Besnier.

Indes, wie neben Fällen von typischer Sclerodermie, welche mit Atrophie enden können, Fälle vorkommen von abortiver, atypischer Sclerodermie, welche gleich am Anfang zur Atrophie kommen, so können neben Herden von typischer Sclerodermie Herde von Atrophie zugleich existieren, sei es, daſs diese Hautatrophie das Endstadium der wahren Sclerodermie repräsentiert, oder einen Herd von atypischer, abortiver Sclerodermie.

Aber wenn der Lichen planus atrophicus, so wie er weiter oben beschrieben wurde, bisweilen an die Sclerodermia circumscripta erinnern kann (Lichen planus morphoeicus von Stöwers, Winrace, R. Crocker, Ormsby und Montgomery), so kann auch die Sclerodermia circumscripta bisweilen an den Lichen planus atrophicus erinnern (Fälle von Perry, Duhring, Hallopeau, Warde). Und wie ein keloidförmiger Lichen planus (Pawlow) als dem Lichen planus atrophicus sclerosus morphoeicus benachbart beschrieben wurde, so findet man heute auch eine keloidförmige Sclerodermie als benachbart der Sclerodermia atrophica beschrieben (Nobl). So findet man auch als mit atrophischen Flecken geheilten papulösen Syphiliden benachbart von Renault am 2. Juli 1908 in der französischen Gesellschaft einen Fall beschrieben von „cicatrices hypertrophiques (fausses cheloides) consecutives a une syphilide papuleuse: au niveau des elements saillants de la surface tegumentaire il ne s'est jamais produit la moindre perte de substance.“ Dieser Fall muſs dem von Herscher 1899 berichteten ähnlich sein, wo sich Keloide und zugleich atrophische Flecke finden.

In meiner andern Arbeit habe ich an zwei interessante Fälle erinnert, die als Sclerodermia circumscripta beschrieben sind, der eine von Respighi, der andre von Matzenauer, und zwar bei Syphilitikern, Fälle, welche mit aller Wahrscheinlichkeit als circumskripte syphilitische Hautatrophie gedeutet werden müssen, und wo der diagnostische Irrtum dem sclerodermieartigen Aussehen der mit Ausgang in Atrophie geheilten Papeln zuzuschreiben ist. Die Beobachtungen von Hautatrophie bei Syphilis sind übrigens heute sehr zahlreich (Wilson, Nivet, Balzer, Mauriac, Balzer und Reblaub, Vasilin, Wicham, Oppenheimer, Danlos, Herscher, Mibelli, Balzer und Faure, Danlos und Dehérain, Balzer und Deshayes, Dubois-Havenith, Balzer und Galup, Leven. Pelagatti, Hallopeau, Dounville, Baum).

Selbst bei der pseudopelade „extremement voisine comme processus

morbide du lupus erythemateux“ würde BROCQ zugegeben haben, dafs das Zusammentreffen mit einer vorangegangenen Syphilis von jetzt an als wichtig angesehen werden mufs, häufiger als es bis heute geschehen ist.

Andrerseits drückt sich BROCQ betreffs der Pathogenese des Lupus erythematosus in der Sitzung vom 10. Juni 1909 der französischen Dermatologischen Gesellschaft folgendermafsen aus: „Je soutiens, depuis longtemps au nom de la clinique que le lupus erythemateux est une réaction cutanée due a des causes diverses“ und schliefst, indem er sich in Übereinstimmung erklärt mit den Autoren, welche den Lupus erythematosus betrachten als „une erythème atrophique, une sorte de syndrome cutané relevant de causes differentes.“

Also aus verschiedenen Ursachen kann man ähnliche Hautaffektionen bekommen: Und wenn bei der Hautatrophie verschiedene Ursachen zusammentreffen können, durchweg bei all den verschiedenen Graden von Atypie der morphologisch typischen Dermatosen, so versteht man auch, warum z. B. der Lupus erythematosus (Lupus erythemateux a forme d'atrophodermie en plaques von THIBIERGE), die Sclerodermie (Sclerodermie type of Lupus erythematosus von WARDE), der Lichen planus (Lichen planus atrophicus sclerosus morphoeicus von R. CROCKER) in ihrer Atypie sich dergestalt einander nähern können, dafs die Beobachter sich bestimmen lassen, die klassischen Bezeichnungen von typischen Dermatosen teilweise zu modifizieren.

Wenn man nun denkt, dafs man, wie diese kritische Übersicht zeigt, anstatt im Kapitel der typischen Formen die morphologisch atypischen mit zusammenzufassen, darauf besteht, neue klinische Formen schöpfen zu wollen, sie betitelnd mit falschen morphologischen Bezeichnungen oder mit Erscheinungen einiger mehr oder weniger dauerhafter Momente des Verlaufs und, indem man unterläfst, den ganzen Verlauf zu studieren oder keine Gelegenheit hat, den ganzen Verlauf einer bisweilen sehr langwierigen Dermatose verfolgen zu können, man sich darauf beschränkt, entweder eine Phase oder ein Endstadium zu beschreiben, wie z. B. die Atrophie, die bei den verschiedensten Dermatosen vorkommt, so wird man wohl den Grund begreifen, weshalb eine rationelle und übereinstimmende pathologische Orientierung schwierig bleibt.

Klinischer Fall.

Ich werde nun den Fall berichten, den ich seit vier Jahren in Beobachtung habe und der mir Motive zu interessanten Beobachtungen bietet in Hinblick auf das, was oben gesagt wurde. Alberto M., Landmann, 50 Jahre alt: hat weder nach der hereditären Seite noch persönlich eine Anamnese, die speziell hinweist auf Tuberkulose, Syphilis oder Neuropathie. Gegenwärtig ist er leicht melancholisch und ziemlich erregbar; er ist ver-

heiratet mit einer gesunden Frau, hat einen lebenden und gesunden Sohn, die Frau hat nie Aborte gehabt; kein Raucher, kein Potator.

Die einzige Krankheit, die eine Rolle in seinem Leben gespielt hat, ist diese, welche fortwährend seine Haut an verschiedenen Stellen heimsucht. Er war zirka 42 Jahre, als er über pruriginöse Erscheinungen von mittlerer Intensität an den Vorderarmen und Händen zu klagen anfing, die mit Perioden der Ruhe von verschiedener Dauer abwechselten. Im Anfang zeigte die Haut dieser Gegend, wie der Kranke versichert, keine objektiv wahrnehmbaren Veränderungen, die die subjektiven Phänomene erklären könnten. Später jedoch, nach sechs oder sieben Monaten, habe die Haut der dorsalen Fläche der Hände sich, wie der Kranke sagt, mehr oder weniger deutlich rot gezeigt, und so hart und infiltriert, daſs jede Bewegung sehr schmerzhaft wurde. Der Pruritus war im Anfang sehr milde, aber der Kranke litt zeitweise an einem Gefühl von Ameisenlaufen in der betreffenden Extremität: die Röte der Haut verbreitete sich mehr und mehr auch auf die Streckseite der Vorderarme bis zum Ellenbogen. Er wurde verschiedentlich innerlich und äuſserlich behandelt, ohne Erfolg. Die Krankheit breitete sich nicht weiter aus, ging auch nicht zurück, und nach vier Jahren zirka war der Kranke gezwungen, alle Arbeit aufzugeben. Nach dieser Zeit kam eine Periode des Rückgangs und nach einigen Monaten konnte Patient ohne besondere Behandlung wieder Bewegungen mit der Hand ausführen, und alle subjektiven Erscheinungen von Jucken und Ameisenlaufen hörten in der ganzen kranken Hautregion auf.

Als ich den Patienten zum ersten Male sah, fand sich objektiv folgendes: Die Haut des Handrückens machte den Eindruck einer senilen Haut: sie ist stark verdünnt, durchscheinend, blaſs, trocken, mager, leicht schuppend; sie ist nicht gespannt, sondern in kleinen Fältchen leicht abhebbar, die sich bei absolutem Fehlen von Elastizität sehr langsam zurückziehen; sie sieht aus wie zerknittertes Cigarettenpapier. Auf der Streckseite der Vorderarme ist die Haut auch verdünnt, diffus atrophisch, aber in geringerem Maſse als an den Händen, und von dem atrophischen Grunde heben sich noch leicht infiltrierte, schuppende erythematöse Flecken von irregulärer Form ab. In der Gegend des Fuſsrückens und am Spann ist die Haut blaſs-rötlich, ziemlich infiltrirt und hart, an der Oberfläche leicht schuppend; nach der gesunden Haut am Bein hin verschwindet das Erythem ganz allmählich; die kranke Region ist schmerzhaft und juckt. — Nach einem Jahr wurde der Zustand der Füſse ähnlich dem der Hände, und zeigte sich die Haut am Fuſsrücken und Spann atrophisch.

An der vorderen Hals- und oberen Thoraxgegend zeigten sich bei meiner ersten Untersuchung einige unregelmäſsig zerstreute Erhebungen von papulösem Aussehen, von harter Konsistenz, runder Form, die gröſsten so groſs wie ein 1-Frankstück; sie waren auf ihrer Unterlage gut beweg-

lich und überall von gesunder Haut begrenzt. Ein Teil derselben hatte ein quaddelartiges Aussehen, eine blassere, fast weifsliche Rotfärbung mit einer gewölbten oder ebenen, glänzenden, wie polierten Oberfläche; der andere Teil zeigte eine pityriasisartige Abschuppung oder eine Hyperkeratose der ganzen Oberfläche, oder auch eine Abschuppung entlang den Rändern in Form eines Kragens und täuschte so eine zirkuläre Epidermisablösung vor und die Präexistenz einer Blase; aber niemals war eine Blase vorher aufgetreten. Vermischt mit diesen Erhebungen fanden sich auch einige Pigmentflecke und einige atrophische Flecke von runder Form, die logischerweise wohl als Endstadien der Erhebungen zu deuten sind.



Fig. 1.

Die Anwesenheit dieser Erhebungen war begleitet von Juckreiz von kurzer Dauer mit langen Ruhepausen. Der Juckreiz konnte jedoch nicht intensiv sein, da Kratzeffekte nicht zu sehen waren.

Während der langen Zeit, wo der Kranke in meiner Beobachtung blieb, ohne jede lokale Behandlung, habe ich die Bildung neuer Erhebungen gesehen und konnte so den natürlichen Verlauf sowohl der Entwicklung als auch des Rückgangs verfolgen.

Ich habe das lange Bestehen dieser Erhebungen von einem Minimum von sechs bis zu einem Maximum von elf Monaten bemerkt.

Auf einem runden erythematösen Fleck bildet sich nach kurzer Zeit eine Erhebung, die mehr oder weniger schnell die oben beschriebenen Charaktere annimmt. Niemals, während des ganzen Verlaufs, habe ich ein Bläschen, oder Excoriationen, oder Ulcerationen konstatieren können.

Um besser den Rückgang dieser Effloreszenzen verfolgen zu können, habe ich einige, die gerade in offenbarem Rückgang begriffen waren, mit

einer Linie (die jeden Tag mit einem Kopierstift nachgezogen wurde) in genau 2 cm Abstand vom Rande umschrieben, eine Linie, die ich während der ganzen Zeit, auch wenn die Haut klinisch ganz gesund schien, erneuerte. Ich tat dies, um ein eventuell lokales Wiederauftreten des Prozesses, ein Rezidiv in situ wahrnehmen zu können.

Ich konnte so feststellen:

1. Daſs einige dieser Effloreszenzen mit langsamem Rückgang, auf der Oberfläche schuppend, sich schlieſslich auf das Niveau der umgebenden Haut zurückbilden, entweder als Spur ihrer Präexistenz eine mehr oder weniger deutliche Pigmentierung zurücklassend oder eine leichte Abschuppung, oder auch ohne jede klinisch wahrnehmbare morphologische Veränderung verschwinden.

2. Daſs einige dieser Erhebungen im unmittelbaren Anschluſs an ihre Rückbildung mit einer runden Depression, einem leicht atrophischen Fleck heilen.

3. Beim Studium der Rückbildung einer dieser Erhebungen habe ich einige Besonderheiten bemerkt, die ich für wert halte genauer zu berichten. Diese Erhebung, die von mir in der oben beschrieben Weise umschrieben war, schien nach dem Zentrum hin vollkommen geheilt, jede wahrnehmbare Spur von Desquamation war verschwunden und nur ein kleiner, leicht pigmentierter Hof zurückgeblieben; ich fuhr fort, die Umrisse der Hautzone, die vorher von dieser Erhebung eingenommen war, zu verfolgen: nach zirka drei Monaten konnte ich beobachten, wie sich allmählich in Korrespondenz mit dem zentralen Hof, der scheinbar geheilt war, eine leicht atrophische Einsenkung bildete, während die Pigmentierung ganz allmählich verschwand.

An diesem Punkt erscheint mir die Biopsie eines Fleckens in seiner vollen Entwicklung interessant, noch interessanter jedoch eine solche, welche die Ränder und das atrophische Zentrum des oben beschriebenen Fleckens in sich einschlieſst.

Histologische Untersuchung: Die histologische Untersuchung ergab folgende Resultate, die ich in Kürze berichten will, indem ich jede Untersuchung für sich nehme und die wichtigeren Tatsachen hervorhebe.

1. Effloreszenz: Das Stratum corneum, kompakt geschichtet, zeigt sich homogen im oberflächlichen Teil, enthält in den tieferen Schichten einige zentrale Kerne.

Das Stratum granulosum zeigt unregelmäſsige Schichtung, zwei bis drei Zellschichten, reich an Eleïdinkörnchen.

Das Malpighische Netz befindet sich in einem Zustand von leichter Hyperakanthose, mit wenigen, kurzen und langen interpapillären Zapfen; hier und da einige Caryokinesen im Stratum germinativum und an einzelnen Stellen aus der Unterhaut eingewanderte Infiltrationszellen.

In der Unterhaut findet sich eine ziemlich dichte Infiltration, die ihren Sitz hauptsächlich im Corpus papillare hat, bis über das subpapillare Gefäſsnetz hinaus. Die Infiltration besteht aus kleinen, runden, mononukleären Zellen mit wenig Protoplasma. Obwohl die untere Grenze der Infiltration ziemlich scharf erscheint, so erstreckt sich doch hier und dort von dieser Grenze die Infiltration nach der Tiefe zu längs der leicht erweiterten Blutgefäſse, in Form feiner Zellstreifen.

2. Der atrophische Fleck: Die histologische Untersuchung der Ränder und des Zentrums zeigt einige interessante Differenzen:

An den Rändern bestehen noch die Spuren eines entzündlichen Prozesses, der klinisch nicht mehr wahrnehmbar war, aber nach dem Zentrum hin drückt sich die Heilung auch histologisch in einer Atrophie aus.

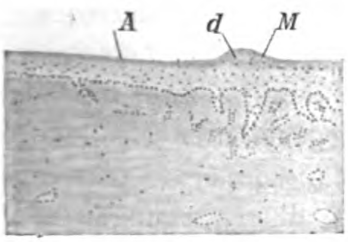


Fig. 2.

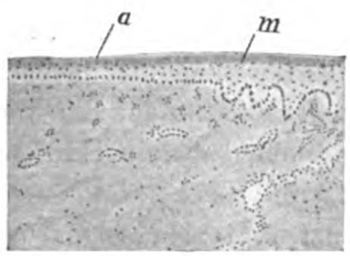


Fig. 3.

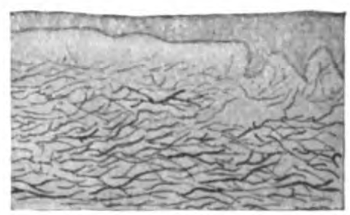


Fig. 4.

Fig. 2. *A* Atrophische Zone: Epidermis verdünnt — Verschwinden der interpapillären Zapfen — Sklerose der oberflächlichen Haut. *M* Randzone mit Spuren des entzündlichen Prozesses (Dermatitis silens). *d* Degenerierte Epidermis im Zustand der Ablösung.

Fig. 3. *a* Atrophische Zone. *m* Randzone mit Infiltrationsresten — leichte Pigmentvermehrung im Stratum germinativum.

Fig. 4. Verschwinden und Verminderung des elastischen Gewebes in der atrophischen Zone und in der Randzone.

Schon bei schwacher Vergröſserung erscheint die Epidermis in ihrer Gesamtheit viel mehr auseinandergezogen in dem atrophischen Gebiet und ohne Spuren von interpapillären Zapfen, im Gegensatz zur Randzone. In der atrophischen Zone ist das Stratum corneum kompakt, gleichmäſsig, ein wenig dichter als normal; das Stratum granulosum fehlt, das Malpighische ist beschränkt auf drei bis vier Zellreihen; das Stratum germinativum ist aus Elementen normaler Struktur zusammengesetzt, welche nach der Unterhaut zu eine fast gerade oder ganz leicht geschwungene Linie verfolgen. Die oberflächliche Unterhaut ist arm an Gefäſsen und Zellen, mit Charakteren der Verhärtung. Das Collagen ist in sehr dichten Streifen angeordnet, die Papillen sind vollkommen verschwunden, so daſs man den Eindruck gleichsam einer glasartigen subepidermoidalen Schicht hat, es fehlt da absolut das elastische Gewebe. Unter dieser oberflächlichen

Hautschicht erscheint das Bindegewebe ein wenig dichter und kompakter, aber in der Mitte desselben bemerkt man zahlreiche zerstreute Inselchen von unregelmäſsiger Form mit netzförmigem Bau, zusammengesetzt aus einem Geflecht feiner Bindegewebsfibrillen, welche mit einigen benachbarten festeren zusammenhängen; in den Maschen dieser Inselchen findet man erweiterte Blutgefäſse, die von zarten Häufchen Infiltrationszellen umgeben sind. Das elastische Gewebe ist hier vermindert, aber tiefer darunter gut entwickelt und erhalten wie unter normalen Bedingungen; dagegen zeigt sich in den mittleren und tiefen Unterschichten auch das Collagen in geschwungenen Streifen, schlaff, und besät mit fixen Zellen.

In der Randzone ist das Stratum corneum auch verbreitert, aber weniger kompakt als in der atrophischen Zone, das Stratum granulosum von unregelmäſsiger und diskontinuierlicher Dicke, das Stratum Malpighii von normaler Stärke, aber an einigen Punkten, in den oberflächlicheren, der atrophischen Zone benachbarten Schichten bemerkt man kleine, homogene, unregelmäſsige, schlecht gefärbte Haufen, die die Höhe von zwei bis drei Zellreihen einnehmen und offenbar mit Haufen degenerierter Malpighischer Elemente korrespondieren; das Stratum germiniativum, etwas pigmentreicher als normal, begrenzt in regelmäſsiger Weise die Erhebungen und Einsenkungen des Papillarkörpers, der schon etwas Deformierung seiner Form zeigt. In der Tat ist in der subpapillären Haut die fibroblastische Tendenz der Infiltrationsresiduen offenbar: da sind kleine Infiltrationsherde noch hier und da zerstreut, und das Bindegewebe im Papillarkörper und darunter erscheint schon dichter und kompakter in dieser Gruppe; das elastische ist hier schlecht gefärbt und vermindert, dagegen gut erhalten in tiefen Unterschichten.

Offenbar zeigen die histologischen Befunde der Randzone die Spuren einer chronischen Entzündung der Haut, welche klinisch nicht wahrnehmbar ist — ein morphologisches Silentium; diese Entzündung kehrt auch wieder in der Gruppe der Dermatitides silentes, die ich in einer anderen Arbeit besprochen habe. Diese Entzündungsreste, die klinisch latent sind, erklären den Bildungsmodus der zentralen atrophischen Zone, welche sich als solche gerade manifestiert, nach einer Periode scheinbarer Heilung. Deshalb ist es logisch und wahrscheinlich zu vermuten, daſs die fibroblastische Reaktion sich in diesen Fällen offenbart in den Infiltrationsresten, welche rings um die kleinen Gefäſse der papillären und subpapillären Haut zurückgeblieben sind, so daſs endlich bei diesen engen Gefäſsen eine Atrophie mit leichtem sklerotischem Charakter erfolgt; in der Tat fehlt das elastische Gewebe in der oberflächlichen Haut der atrophischen Zone, dagegen zeigt sich das collagene Gewebe nicht so kompakt, dicht und hypertrophisch wie bei einer narbigen Sklerose, aber von einer Geschmeidigkeit, die sich klinisch in dem atrophischen Fleck wiederfindet.

Morphologische und klinische Diagnose.

Aus der vorhergehenden histologischen Betrachtung folgert naturgemäfs die morphologische Diagnose der Effloreszenz: Dieser ist eine Papel, welche den Ausgang in Atrophie auf zwei verschiedene Arten haben kann: erstens in kontinuierlichem Verlauf klinisch verfolgbar, und zweitens in offenbar nicht kontinuierlichem Verlauf, weil der Rückgang klinisch unterbrochen scheint durch eine scheinbare Heilung, aber in Wirklichkeit histologisch weitergeht (Dermatitis silens).

Zur Sicherstellung der morphologischen Diagnose der primitiven Form, welche die circumskripte Dermatose des Halses und Thorax darstellt, war es notwendig, die klinische Diagnose zu formulieren. Es erübrigt hier zu beweisen, dafs diese zerstreuten papulösen Elemente für sich eine circumskripte, monomorphe Dermatose darstellen, verschieden von der erythematösen, atrophisierenden Dermatose diffusen Charakters der Extremitäten (Vorderarme, Hände und Füfse); ganz im Gegenteil, wie wenn die eine und die andere Dermatose, circumskripte und diffuse, sich ergänzend in einem einzigen klinischen Quadrat vervollständigen würden, quer durch einen Polymorphismus der Entwicklung und des Rückgangs (Erythem, Papel, Abschuppung, Pigmentierung und Atrophie).

Die Überlegung, dafs beide, sowohl die umschriebene Dermatose der Brust als auch die diffuse der Gelenke eine Art aufzutreten gehabt haben, ohne Fieber, fast gleichzeitig, mit vorhergehendem Juckreiz, und dafs sie auch einen chronischen Verlauf hatten, auch begleitet von Juckreiz, lassen mit Wahrscheinlichkeit den Schlufs zu, dafs die eine und die andere Form von ein und derselben Ursache abhängen, und dafs diese bei ihrer morphologischen Verschiedenheit gleichzeitigen Hauterscheinungen eine einzige Krankheit darstellen.

Morphologisch hatte sich die Dermatose, welche topographisch ihren Sitz in den Gelenken hatte, in ihren Anfängen mit einem Stadium der Entzündung angekündigt in der Form des Erythema diffusum, auf welches nach einer gewissen Zeit der Ausgang in Atrophie gefolgt war.

Die morphologischen objektiven Charaktere und subjektiven Phänomene, der topographische Sitz, der chronische Verlauf dieser Dermatose lassen daher mit Wahrscheinlichkeit hier an den klinischen Typus denken, den Herxheimer und Hartmann unter dem Namen Acrodermatitis chronica atrophicans beschrieben haben. In der Tat beobachten Hartmann und Herxheimer in dem chronischen Verlauf der von ihnen beschriebenen Krankheit ein anfängliches Stadium von Entzündung und Erythem (Erythromelie von Pick), dem sekundär die Atrophie folgt. So ist der semiologische Wert der Atrophie in jedem Fall der eines Ausgangs, zu dem der entzündliche Prozefs kommt, auf diese Weise bis zu einem

gewissen Grade durch ihre Vorherrschaft am Ende die Taufe der Krankheit rechtfertigend.

Klinisch habe ich das entzündliche Stadium in einem Moment der besten Entwicklung beobachtet und, obwohl ich keine Gelegenheit zur Biopsie der kranken Haut der Gelenke hatte, kann ich mich nicht, trotz des Fehlens der Histologie, in meinem Fall zur Diagnose einer Sklerodermie bekennen. Andererseits, um das gleichzeitige Vorhandensein der circumskripten Dermatose der Thoraxgegend mit einer ähnlichen Dermatose in Einklang zu bringen, wäre es notwendig, sich auf die Beschreibung von Fällen von Sklerodermie, die gleichzeitig diffus und circumskript sind, zu stützen. Aber eine derartige Deutung war nicht aufrecht zu erhalten, weil sowohl die subjektiven als auch die objektiven morphologischen und histologischen Charaktere zeigen, daſs die circumskripte Dermatose des Thorax eine Dermatose entzündlichen Typus ist und aus papulösen Elementen besteht.

Durch dieselbe Überlegung, auch wenn man die Dermatose der Gelenke als eine Atrophia diffusa idiopathica auffassen wollte, kann man nicht den Ausweg einer kombinierten Form von Atrophia cutis idiopathica und Sklerodermia circumskripta gutheiſsen, wie Nobl einen Fall beschrieb, weil in meinem Fall keine circumskripte Sklerodermie da war, und auſserdem, weil der Ausdruck der idiopathischen Hautatrophie durch die offenbare Konstatierung eines präatrophischen, erythematösen, entzündlichen Stadiums ungenau war, und andererseits niemand ausschlieſsen kann, daſs selbst in dem Falle von Nobl die sogenannte idiopathische Hautatrophie entweder eine abortive atrophische Sklerodermie oder ein atrophisches Stadium einer vorgeschrittenen diffusen Sklerodermie vorstellt, die zusammen mit einer circumskripten besteht.

Und wenn man besteht auf der Diagnose einer Acrodermatitis chronica atrophicans, könnte man nicht infolge der Diagnose der gleichzeitigen circumskripten Dermatose des Thorax die Hilfe eines Falles von Acrodermatitis chronica atrophicans with coexisting Sclerodermia herbeirufen, beschrieben von Kingsbury-New York, weil, wenn auch in diesem Fall von Kingsbury die circumskripte Sklerodermie die Übergänge zur Atrophie zeigt, in meinem Fall der Atrophie in der circumskripten Dermatose ein papulöses Element und nicht ein Sklerodermieherd vorausgegangen war.

Wenn es wahr ist, wie Herxheimer versichert, daſs es möglich sei, die Akrodermatitis mit der Sklerodermie im atrophischen Stadium zu verschmelzen, kann man indes nicht ableugnen, daſs in meinem Fall das entzündlich-erythematöse Stadium der Dermatose deutlich konstatiert war.

Jedenfalls war, sei es durch anamnestische Daten, sei es durch objektive und subjektive Symptome, die Annahme einer papulösen, syphili-

tischen Erscheinung, unabhängig von der diffusen Dermatose der Extremitäten, auszuschliefsen. Gegen diese Diagnose spricht übrigens auch die Tatsache des negativen Spirochätenbefundes in den entsprechend gefärbten Schnitten.

Auch kann man in meinem Fall nicht eine morphologische und histologische Basis finden, um die klinische Diagnose einer Varietät des Lichen planus zu begründen.

Eher bringt mir der quaddelartige Charakter einiger Effloreszenzen in meinem Fall, ohne auf die irrtümliche Bezeichnung „Urticaria chronica perstans" zurückzukommen, die unbestimmten Ausdrücke urticarielle Tumoren, tumorartige Infiltrate, welche HERXHEIMER in einer morphologisch wenig präzisen und allzuvagen Ausdrucksweise anwendet, um in einem seiner Fälle von Akrodermatitis die Anwesenheit von Erhebungen anzudeuten, die denen in meinem Fall offenbar ähnlich sind, wo sie morphologisch und histologisch papulös waren. Und zurückkommend auf eine besondere Beobachtung von BROCQ und PAUTRIER, die ich schon oben erwähnte, gelegentlich des Lichen obtusus corneus und der Urticaria perstans, scheint es mir in meinem Fall plausibel, an eine besondere „Forme anormale de Lichenification circonscrite en nodules" zu denken, die neben der Akrodermatitis besteht und mit grofser Wahrscheinlichkeit von derselben Ursache abhängt.

Ohne die Erforschung des dunklen Gebietes der Ätiologie dieser Dermatosen vorwegzunehmen, es bleibt doch das nervöse Faktum, erkennbar aus dem reizbaren Temperament des Kranken, wertvoll, um der Hypothese Nachdruck zu verleihen, dafs beide, diffuse und circumskripte Hauterscheinungen, die beide in Atrophie ausgehen, den Ausdruck einer einzigen Pathogenesis darstellen, so dafs ihre Einreihung in die Neurodermitiden berechtigt erscheint, wo der Pruritus immer ein sehr wichtiges Symptom ist.

OPPENHEIM unterscheidet zwei Gruppen maculöser Hautatrophie: die einen, welche immer als solche bleiben, dargestellt durch grofse atrophische, gut begrenzte Flecken; die andern treten in kleinen atrophischen Flecken auf, neben der diffusen Atrophie über grofse Hautdistrikte. Nimmt man nun den Ausgang, hier die Atrophie, zur diagnostischen Orientierung über eine Dermatose, so würde mein Fall in die zweite Gruppe von OPPENHEIM gehören. Aber aus oben angeführten Gründen kann man den Phänomenen der Atrophie keine prinzipielle Bedeutung beilegen, im absoluten Sinne des Wortes bei dem klinischen Charakter der von mir beschriebenen Dermatose, wo die Atrophie nur der Ausgang von entzündlichen, morphologisch verschiedenen (Erythem, Papel) Formen ist; daher glaube ich, dafs auf Grund dieser Überlegungen man in meinem Fall die Diagnose: Acrodermatitis chronica atrophicans akzeptieren kann.

Allgemeine Betrachtungen.

In den über meinen Fall berichteten Beobachtungen kann ich Gründe finden, die Diskussion über die circumskripte Hautatrophie wieder aufzunehmen. Ich habe mit Vorliebe diese Bezeichnung gebraucht, weil ich die Bezeichnung Maculae atrophicae für morphologisch weniger exakt halte. Der Flecken hat in der Morphologie der Haut die Bedeutung einer primitiven, elementaren Form, zurückzuführen auf eine primitive Pigmentanomalie; man unterscheidet daher drei Arten von Flecken: 1. Flecken durch Vermehrung des Pigments oder Hyperchromie; 2. Flecken durch Verlust des Pigments oder Achromie; 3. Flecken durch Veränderung des Pigments oder Dyschromie. Zu der Atrophie gehört auch der Pigmentverlust; sowie die Atrophie eine sekundäre Form ist, d. h. ein Ausgang, versteht man, wie auch der gleichzeitige Pigmentverlust nicht den morphologischen Charakter eines wahren Fleckens darstellen kann, sondern nur einen die Atrophie begleitenden und sekundären, wie die Atrophie selbst.

Der semiologische Wert der Atrophie ist nicht derartig, um eine besondere Gruppe von Dermatosen aufzustellen, weil die Atrophie ein Endsymptom vorstellt, und nicht den ganzen Verlauf. Deshalb hat die Gruppe der sogenannten idiopathischen Hautatrophien einen provisorischen Charakter und kann der Kritik nicht standhalten.

Stellt man das Faktum der „Atrophie" in den Vordergrund, so hat man vergessen, daſs dieselbe, ohne jeden speziellen Charakter, sich im Endstadium von ätiologisch und morphologisch verschiedenen Dermatosen entwickeln kann (Lichen planus, papulöse und knotige Syphilide, Lupus erythematosus, vulgaris usw.)

Man kann daher die idiopathische Hautatrophie im absoluten Sinne des Wortes nicht gelten lassen, denn Dermatosen, welche bei ihrem Beginn typisch oder atypisch sind, können mit Atrophie endigen. „Les auteurs, scrive MALINOWSKY, ont signale des symptomes inflammatoires précedant l'atrophie de la peau", und in einem Fall von Hautatrophie, den er beschrieben hat, „l'infiltration servait d'avant-garde" der Atrophie. Auch MASOYER sagt am Schlusse seiner Arbeit über makulöse Atrophie der Haut, daſs die Atrophie sei „l'aboutissant d'inflammations cutanées preexistantes, passant quelque fois inaperçues." Die Autoren also, welche z. B. von Atrophia cutis idiopathica erythematosa (ARNING), von Atrophie erythemateux en plaques (THIBIERGE), von erythematöser, makulöser Atrophodermie (NIELSEN) gesprochen haben, haben sich keiner ganz exakten Ausdrucksweise bedient, indem sie in ihrer Benennung das Endstadium, die Atrophie, der primitiven elementaren Form (Erythem) vorzogen.

So versteht man das, was ich weiter oben ausgeführt habe, weshalb einige Beobachter, die nicht den ganzen Verlauf einer Dermatose von Anfang bis Ende studierten, neue ungenaue Krankheitsbilder schufen, dagegen, dafs nur das vollständige Studium der ganzen Bewegung einer Dermatose dazu führen kann, zwei verschiedene Momente einer Dermatose unter einen Hut zu bringen, Momente, die, einzeln betrachtet, als zwei ganz verschiedene Hautkrankheiten imponieren (Erytheomelie PICK — Acrodermatitis chronica atrophicans).

Aber wenn es unzweifelhaft ist, dafs die Atrophie ein ätiologisch und morphologisch verschiedenen Hautkrankheiten gemeinsames Endstadium vorstellen kann, so ist es andererseits nötig, zu erkennen, dafs man bisweilen aus ein und derselben Ätiologie einen Ausgang in Atrophie haben kann, auch bei einem morphologischen Beginn, der nicht typisch für die Dermatose, bei der sie sich entwickelt.

Von allen morphologisch typischen Dermatosen gibt es atypische Formen, die man als Abarten der betreffenden typischen Form, nicht als ganz andere Krankheit betrachten mufs.

Wenn bei einer papulösen Krankheitsform, wie dem Lichen planus z. B., manchmal die Heilung der Papel mit Atrophie vorkommt, so kann auch eine morphologisch atypische Form desselben Lichen planus ebenso ausgehen. So hat DUBREUILH einen Lichen planus atrophicus des behaarten Kopfes beschrieben, wo dem Ausgang in Atrophie keine charakteristisch papulösen Elemente voraufgegangen waren, sondern ein Erythem. Wenn man nun bedenkt, dafs die Atrophie in manchem Fall als einzige Hauterscheinung, als der einzige klinische Ausdruck der Krankheit auftritt, dann mufs man logischerweise daran denken, dafs in solchen Fällen, wie ich schon in einer anderen Arbeit ausgeführt habe, das präatrophische Moment, anstatt in morphologisch typischer oder atypischer Form aufzutreten, durch ein morphologisches Silentium vorgestellt werden könnte, welches aber nicht mit einem histologischen Silentium verbunden ist, insofern als sich histologisch leichte Phänomene von entzündlicher Infiltration nachweisen lassen (Dermatitides silentes), welche, ohne klinisch bemerkbar zu sein, immer den ersten Grad der Atypie von einer typischen Elementarform einer bestimmten Dermatose vorstellen.

Auf diese Art betrachtet, läfst sich also sehr gut die Existenz einer ganzen Serie von Übergängen feststellen von solchen Dermatosen, die sich klinisch nur in der sekundären Ausgangsform, in der Atrophie offenbaren, bis solchen, die klinisch durch typische elementare Formen repräsentiert sind.

Zugegeben also, dafs es Hautprozesse gibt, die morphologisch schweigsam verlaufen, die klinisch nicht nachweisbar sind, kommt man dazu, zu zeigen, unabhängig von jeder ätiologischen Betrachtung (und auch

auf Grund meines Falles), wie nahe den Hautatrophien, welche den sofort auf ein präatrophisches, klinisch wahrnehmbares, also durch eine primitive Elementarform repräsentiertes Stadium folgenden Endausgang darstellen, erstens diejenigen Hautatrophien stehen, welche, ohne daſs unmittelbar ein präatrophisches, morphologisch wahrnehmbares Stadium vorangeht, immer nach einer Periode von scheinbarer Heilung (mein Fall) das Ende von primitiven Elementarformen sind, die schon derartig weit in der Zeit zurückliegen, daſs sie deren Beobachtung entgangen sind, die nicht den ganzen Verlauf der Dermatose verfolgen konnten (Maculae atrophicae bei einem Syphilitischen — Mibelli), — und zweitens diejenigen Hautatrophien, bei denen nicht einmal morphologisch ein präatrophisches Stadium nachweisbar ist, sondern nur histologisch (Pseudopelade Brocq, Atrophia maculosa cutis von Heuss), so daſs man also in anderen Worten nach diesen Überlegungen trennen muſs:

1. Eine Gruppe von Dermatitides silentes, ursprünglich und in der Hauptsache als atypische abortive Formen von morphologisch bekannten Krankheitstypen, solchen, welche das erste klinische latente Moment eines Krankheitsbildes darstellen würden, das histologisch jene Atrophie vorbereitet, die, anstatt als ein Ausgang gedeutet zu werden, als das einzige Hauptsymptom der Krankheit erscheint — es sei hinzugefügt in der Vermutung einer ursprünglichen Erscheinung —, aber in Wirklichkeit nichts als ein sekundäres Faktum, ein Epilog.

2. Eine Gruppe von Dermatitides silentes, solchen, welche den histologischen Rückgang (scheinbare Heilung) im Verlaufe eines entzündlichen Prozesses repräsentieren, der sich schon klinisch zeigt (morphologisch-präatrophisches Stadium) und dann klinisch scheinbar erlischt, oder von neuem klinisch mit den offenbaren Charakteren eines Recidives in situ wieder aufflackert, oder im Rückgang fortschreiten kann bis zur Atrophie, wie in meinem Fall.

Deshalb, wenn man so im allgemeinen die Hautatrophie „d'emblée“ erklären kann, so kann man auch im besonderen bis zu einem gewissen Punkte die Existenz des Lichen planus atrophicus (Hallopeau) primitivus „d'emblée“ erklären, wenn man logischerweise mit einer besseren Interpretation denken wolle, daſs auch bei dieser atypischen Varietät des Lichen planus die Atrophie den Ausgang eines entzündlichen präatrophischen Momentes darstellt, das entweder nur histologisch existiert oder morphologisch atypisch ist und in einer mehr oder weniger zurückliegenden Zeit existierte und deshalb der Beobachtung entging.

Robert hat versichert, daſs die Acne decalvans von Lailler lange Zeit ohne Folliculitis verlaufen kann, wie die Pseudopelade von Brocq. Dies findet auch seine Erklärung in dem oben Gesagten. In der Tat, bei den Formen von Alopecie mit Pseudonarben, die im Vergleich

mit der Pseudopelade von Brocq eine höhere Stufe vorstellen, wo daher die Entzündungsmerkmale histologisch akzentuierter sind, ja, auch klinisch sich zeigen (Acne decalvans, folliculitis epilans destructiva, Sycosis lupoides), versteht man, daſs bei dem klinisch chronischen Verlauf, diskontinuierlich wie bei der Pseudopelade von Brocq, wo sich dieser Verlauf lange hinziehen kann, indem Momente des Anstiegs alternieren mit solchen des Rückgangs und Stillstands derart, daſs sie sich mit einem klinischen Stillschweigen jedes entzündlichen Phänomens, d. h. also ohne Erythem, ohne Folliculitis zeigt, daſs man, ohne den ganzen Verlauf der Dermatose genauer verfolgt zu haben, diese vorübergehende, zur Zeit schweigsame Physiognomie mit der ständig schweigsamen der Pseudopelade verschmelzen kann. Und wenn man die Pseudopelade als circumskripte Hautatrophie betrachtet, unabhängig von jeder speziellen Ätiologie, und wenn man sie auch als eine forma frustra atypica des Lupus erythematosus deutet, so wäre eine Vereinigung der bei der Betrachtung der circumskripten Hautatrophie oben zum Ausdruck gebrachten Gedanken mit den jetzigen Vorstellungen über die Pathogenese des Lupus erythematosus von Brocq möglich, welcher denselben als „Erythème atrophique, une sorte de syndrome cutané relevant de causes differentes“ bezeichnet. Die Pseudopelade also als circumskripte Hautatrophie, als Atypie eines Erythème atrophique würde, wie ich schon in einer anderen Arbeit gesagt habe, nach all den klinisch-morphologisch verschiedenen Graden, die Episode, den Endeffekt, das gemeinsame Zusammentreffen verschiedener Ätiologien vorstellen.

Auf Grund dieser Betrachtungen können alle circumscripten Hautatrophien, die von Thibierge zusammengefaſst sind unter dem Namen des Lupus erythemateux à forme d'atrophodermie en plaques, in jedem Fall das Vorhergehen eines mehr oder weniger deutlichen Erythems voraussetzend, wieder einreihen in die allgemeine Bezeichnung Brocqs als atrophisierende Erytheme, zu trennen nach den verschiedenen Ursachen (Syphilis, Tuberkulose usw.), von denen sie abhängen, wie z. B. die Beobachtung, welche Nicolaus und Favre unter dem Namen der Erythème cutanée en larges placards extensifs avec atrophodermie a type maculeux chez un tuberculeux, oder wie die von Baverey, bezeichnet als Dermatite erythrodermique avec atrophie maculeuse d'origine tuberculeuse.

Daher zum Schluſs, wenn man auch die histologische Darstellung von Heuss, die begründet ist auf dem völligen Mangel von Elastin in der atrophischen Zone, heute nicht mehr als spezifisch gelten lassen kann, um die Basis eines besonderen klinischen Typus zu bilden (Atrophia maculosa cutis), weil ein derartiger histologischer Befund von vielen Beobachtern festgestellt und circumskripten Hautatrophien verschiedenster Ursachen

gemeinsam beschrieben worden ist (wie auch in meinem Fall), versteht man, dafs man nicht mehr die circumskripte Hautatrophie als Krankheit sui generis betrachten darf, wie einige Autoren wollen (JADASSOHN, HEUSS, OPPENHEIM, BOIKOW u. a.), sondern als Endstadium entzündlicher Vorgänge, welche klinisch nicht wahrnehmbar sein können, sondern nur histologisch nachweisbar, und welche jedenfalls von verschiedenen Ursachen abhängen.

Literatur.

ARNING, Atrophia cutis idiopathica erythematosa. Demonstrationsabende im allgemeinen Krankenhaus St. Georg-Hamburg, 15. Febr. 1908. Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1908.

BAER, Fall von Atrophia cutis nach Lichen ruber acuminatus. Verhandlungen der Deutschen dermatolog. Gesellschaft, X. Kongrefs, Frankfurt a. M., 8. bis 10. Juni 1908. Band der *Comptes rendus*, Berlin 1908.

BALZER et FERNET, P., Urticaire chronique regionale avec leucodermies a tendance atrophique et avec hyperpigmentation periphérique. *Bull. de la Soc. franç. de derm.* Juli 1908.

BALZER et GALUP, Syphilide tuberculeuse zoniforme avec cicatrices atrophiques. *Bull. de la Soc. franç. de derm.* Juli 1907.

BALZER et GALUP, Syphilides tuberculeuses en nappes avec cicatrices atrophiques et atrophies diffuses. *Bull. de la Soc. franç. de derm.* 7. Dez. 1907.

BAVEREY, Dermatite erythrodermique avec atrophie maculeuse d'origine tuberculeuse. *Thèse de Lyon.* 1907.

BECK, Beiträge zur Kenntnis der Atrophodermien. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1907.

BOIKOW, Atrophia maculosa cutis. *Journ. russe de mal. cut.* 1906.

BROCQ et CIVATTE, Morphée. *Ann. de derm.* 1902. — *Bull. de la Soc. franç. de derm.* 2. April 1902.

BROCQ et FERNET, Sclerodermie en plaques superficielles sans infiltration, a foyers multiples, fait de passage vers les atrophies cutanées. *Bull. de la Soc. franç. de derm.* 1909. Nr. 5.

BROCQ et PAUTRIER, Lichen obtusus corné (urticaria perstans) forme anormale de lichenification circonscrite en nodules. *Bull. de la Soc. franç. de derm.* Dez. 1908.

BROCQ, Pathogénie du lupus erythemateux. Discussion avec DE BEURMANN et GUY LAROCHE. *Bull. de la Soc. franç. de derm.* 10. Juni 1909.

BURNS, Maculae atrophicae. *Bost. derm. Society.* Mai 1907. — *Journ. of cut. dis.* 1908.

CAMPBELL, Case of maculosa atrophy of the skin. *Chicago derm. Society.* März 1907. — *Journ. of cut. dis.* Aug. 1908.

CIVATTE, Erythromelie — Acrodermatitis chronique atrophiante (Lettre de Berlin). *Ann. de derm. et de syph.* Mai 1908.

CROCKER, R., Lupus eritematosus as en imitator of various forms of dermatitis. *Journ. of cut. dis.* 1894.

DUBOIS-HAVENITH, Atrophodermie o Syphilis. *Bull. de la Soc. belg. de derm.* 1906, 1907.

DUBREUILH et PETGES, Lichen planus atrophique. *Ann. de derm.* Dez. 1909.

DUBREUILH, Sclerodermie atrophique en bandes frontales. *Ann. de derm.* 1909.

EHRMANN, In Atrophie übergehendes Erythem. Wien. derm. Gesellsch. 28. Nov. 1900. Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1901. Bd. 56.

EHRMANN, Atrophia cutis idiopathica (Acrodermatitis atrophicans). Wien. derm. Ges. 7. Nov. 1906. Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Okt. 1907.

GALEWSKY, Atrophia cutis maculosa. Vers. Deutscher Naturf. u. Ärzte in Dresden. 18. Sept. 1907. Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1907.

GASTOU et LEGENDRE, Trophonévrose a forme de plaques atrophiques et sclereuses cutanées avec dyschromies et dispositions zoniformes et metameriques. *Bull. de la Soc. franç. de derm.* 4. Juli 1907.

GROUVEN, Zwei Fälle von Erythromelie. *Arch. f. Derm.* 1904. Bd. 70.

HALLOPEAU, Sur la nature du lichen blanc de v. ZUMBUSCH. *Bull. de la Soc. franç. de derm.* 8. April 1907.

HALLOPEAU et F. DOUNVILLE, Sur un cas de syphilides papuleuses avec atrophie et hyperpigmentation. *Bull. de la Soc. franç. de derm.* Juli 1908.

HERXHEIMER und HARTMANN, Über Acrodermatitis chronica atrophicans. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1902. Bd. 61.

HERXHEIMER, K., Acrodermatitis chronica atrophicans. *Journ. of cut. dis.* 1905. — Verh. d. Deutsch. derm. Ges., X. Kongr., Frankfurt a. M., 8.—10. Juni 1908.

HEUSS, E., Beitrag zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1901.

JADASSOHN, Über eine eigenartige Form von Atrophia maculosa cutis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892.

JEANSELME, Sur un fait de passage entre la sclerodermie en plaques et les atrophies cutanées circonscrites. *Ann. de derm. et de syph,* 1903.

JORDAN, Erythema exsudativum multiforme. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1905.

JULIUSBERG, Circumskripte flächenhafte Atrophien oder Sklerodermie der Haut? Aus Breslauer derm. Ges. 1901.

JULIUSBERG, Über die „White spot". *Derm. Zeitschr.* Dez. 1908.

IWANOW, Über weiſse atrophische und narbenähnliche perifollikuläre Flecke der Rumpfhaut. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1903.

KAPOSI, Fall von idiopathischer Atrophie der Haut (Dermatitis atrophicans). *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1897.

KINGSBURY, JERANE, A case of acrodermatitis chronica atrophicans with co existing Sclerodermia. *Journ. of. cut. dis.* 1907. Bd. 25, Heft 9.

LEVEN, L., Acrodermatitis chronica atrophicans. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1903. Bd. 65.

LEVEN, Beitrag zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis bei Lues. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1. April 1908.

LEWTSCHENKO, Atrophia maculosa cutis progressiva idiopathica. Moskauer venerol.-derm. Ges. 1. (14.) März 1909.

MALINOWSKI, F., Atrophie idiopathique de la peau. *Ann. de derm. et de syph.* Okt. 1908.

MASOYER, Les atrophies maculeuses de la peau. *Province méd.* 17. Aug. 1907.

MEACKENZIE, Symmetrical morphoea atrophica. Derm. Soc. of London. *Brit. Journ. of derm.* Juni 1907.

MESCHTSCHERSKI, Über die idiopathische progressive Hautatrophie und ihre Beziehung zur Sklerodermie. Inaug.-Diss. 1904. Ref. in *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1905. Bd. 40, Nr. 11.

MIBELLI, V., Maculae atrophicae bei einem Syphilitiker. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1900.

MONTGOMERY and ORMSBY, White Spot disease (Morphea guttata) and Lichen planus sclerosus et atrophicus. *Journ. of cut. dis.* 1907.

NICOLAS et FAVRE, Erythème cutané en larges placards extensifs avec atrophodermie a type maculeux chez un tuberculeux. *Ann. de derm. et de syph.* Juli 1906.

NIELSEN, Atrophodermie, erythematöse, makulöse. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1904.

Nobl, G., Über das Kombinationsbild der idiopathischen Hautatrophie und herdförmigen Sklerodermie. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1908.

Oppenheim, Zur Kenntnis der Atrophia maculosa cutis. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1906.

Pelagatti, M., Beitrag zum Studium der Maculae atrophicae. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1909.

Pellizzari, C., Eritema orticato atrofizzante. *Giorn. ital. delle mal. della pelle.* 1884.

Pick, Über Erythromelie. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1900.

Renault, A., Cicatrices hypertrophiques consecutives à une syphilide papuleuse. *Bull. de la Soc. franç. de derm.* Juli 1908.

Respighi, E., Un casodi sclerodermia a piccole placche. *Giorn. ital. delle mal. della pelle.* 1894.

Rille, Circumskripte idiopathische Hautatrophie. *Wien. klin. Wochenschr.* 1902. Bd. XV, S. 878.

Rusch, Beiträge zur Kenntnis der idiopathischen Hautatrophie. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1906.

Rusch, Über idiopathische Hautatrophie und Sklerodermie. *Derm. Zeitschr.* 1906.

Thibierge, Le lupus erythemateuse a forme d'atrophodermie en plaques. *Ann. de derm. et de syph.* 1905.

Ullmann, Ein Fall von Atrophia cutis idiopathica mit Acrodermatitis. Wien. derm. Ges. 6. März 1907. — *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1907.

Vignolo-Lutati, Über die Atrophia maculosa cutis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1907. Bd. 45.

Vignolo-Lutati, Del lichen piano atrofico e delle sue relazioni colle atrofie cutanee circoscritte. *Giorn. ital. delle mal. della pelle.* 1907.

Vignolo-Lutati, Osservazioni cliniche ed istologische sopra un caso di pseudo area del Brocq. *Giorn. ital. delle mal. della pelle.* 1908. Heft 5.

Vignolo-Lutati, Über die klinischen Erscheinungen der cutanen Genesung. Klinische Genesung und histologische Genesung. Dermatitides silentes. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1909. Bd. 97.

Vignolo-Lutati, Sopra un caso di lichen plano atrofico del cuoio capelluto. *Il Morgagni.* 1909. Nr. 6.

Warde, W., Sclerodermie type of Lupus erythematosus. *Brit. Journ. of Derm.* 1903.

Wechselmann, W., Über Lichen atrophicus und andere makulöse Atrophien der Haut. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1904.

Wite, Lichen obtusus corneus au unusual type of lichenification. *Journ. of cut. dis.* Sept. 1907.

Übersetzt von Dr. W. Haas-Hamburg.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1910. Heft 1 und 2.

1. **Die Serodiagnostik der Syphilis**, von Franz Blumenthal. (Heft 1 und 2.) Nach einer kurzen Darstellung der Geschichte der Wassermannschen Reaktion und einem Überblick über die wichtigsten Publikationen, die neue Anschauungen und Tatsachen zur Serodiagnostik der Syphilis beibrachten, berichtet Bl. ausführlich über die

Erfahrungen, die er bei über 3000 Untersuchungen gesammelt hat; die wesentlichsten Punkte seiner Ausführungen faſst er in folgenden Schluſssätzen zusammen:

1. Bei den Untersuchungen wurde die von Wassermann, Neisser und Bruck angegebene Methodik befolgt, zuerst unter Benutzung eines wässrigen, später eines alkoholischen Extraktes aus kongenital syphilitischen Lebern als Antigen. Für kleine Blutmengen hat sich die von Weidanz angegebene Modifikation im groſsen und ganzen als recht brauchbar erwiesen; sie ist als Aushilfe für Untersuchungen bei kleinen Kindern und sehr empfindlichen Personen zu empfehlen, dürfte sich aber für die allgemeine Einführung in die Praxis infolge ihrer mühsamen Technik und der oft schwierigen Beurteilung der Resultate nicht eignen. Ein Ersatz der Wassermannschen Methode durch eine der zahlreichen Modifikationen ist nicht anzuraten, da zurzeit keine der existierenden in allen Fällen die gleiche Sicherheit gewährleistet wie die ursprüngliche Technik. Für diagnostische Zwecke ist die Verwendung dieser Methoden nur gestattet, wenn man die Resultate gleichzeitig mit der „alten Methode“ kontrolliert.

2. Der alkoholische Extrakt aus Lebern kongenital-syphilitischer Föten ist für praktische Zwecke dem wässrigen gleichwertig; Extrakte aus normalen Organen (Meerschweinchenherz, Menschenherz, Ochsenherz) geben gleichfalls praktisch gut brauchbare Resultate. Die von Sachs und Rondini angegebenen Gemische sind in ihrer jetzigen Form von schwächerer Wirkung als die Normalextrakte und daher für die Praxis noch nicht geeignet.

3. Im primären Stadium fand Bl. die Wassermannsche Reaktion in 62% aller Fälle positiv. Sie tritt im allgemeinen erst in der fünften bis sechsten Woche auf und zeigt oft, falls sie nicht durch die Behandlung in der Entwicklung gestört wird, ein allmähliches Ansteigen in ihrer Stärke.

4. In den übrigen Stadien der Syphilis ist die Reaktion, falls zurzeit manifeste Erscheinungen vorhanden sind, in ungefähr 95% aller Fälle positiv. Ziemlich gleichgültig ist für den Ausfall der Wassermannschen Reaktion das Alter und die Schwere der Erkrankung. Ferner hat die Gründlichkeit der Behandlung bei bestehenden Erscheinungen keinen in die Augen fallenden Einfluſs. Kongenitale und erworbene Syphilis verhalten sich gleich. Abgesehen von sehr seltenen Ausnahmen gelungener Abortivbehandlung zeigten alle Fälle von sicherer Syphilis mit manifesten Erscheinungen, welche häufiger untersucht wurden, irgendwann ein positives Resultat, auch wenn sie zunächst negativ befunden wurden. Für diagnostische Zwecke ist daher bei Bestehen eines Syphilisverdachtes und negativem Ausfalle der Reaktion die Serumuntersuchung in längeren Zeitabständen mehrmals vorzunehmen.

5. Ein stark positiver Ausfall der Reaktion (komplette oder fast komplette Hemmung) zeigt mit fast 100% Wahrscheinlichkeit an, daſs ein Individuum mit Syphilis infiziert ist, falls nicht differentialdiagnostisch Framboesia tropica, Malaria, Scharlach oder Lepra in Betracht kommen. Unter fast 400 Kontrollfällen gaben nur fünf Komplementfixation, ohne daſs später die Diagnose Syphilis gesichert wurde. Bei zwei dieser Sera war die Hemmung nur inkomplett, zwei von den fünf Series stammten von Kellnerinnen.

6. Ein negativer Ausfall der Reaktion bietet 95% Wahrscheinlichkeit, daſs eine zurzeit bestehende diagnostisch zweifelhafte Affektion nicht syphilitisch ist.

7. In der Latenzzeit ist die Reaktion in den ersten der Infektion folgenden Jahren in 68% positiv, in der Spätlatenz nur in 42%. Der negative Ausfall der Reaktion beim Mangel an Erscheinungen bietet daher nur ungefähr 50% Wahrscheinlichkeit, daſs eine frühere differentialdiagnostisch zweifelhafte Affektion nicht syphilitisch gewesen ist. Bleibt die Reaktion bei wiederholter Untersuchung negativ, so

steigt die Wahrscheinlichkeit, daſs die frühere Affektion nicht syphilitisch gewesen ist, beträchtlich.

8. Für den Ausfall der Reaktion in der Latenzzeit ist vor allem die Gründlichkeit der Behandlung von Einfluſs. Das Alter der Infektion spielt eine weit geringere Rolle.

9. Der diagnostische Wert der Reaktion ist für alle Stadien ein auſserordentlich hoher, nur für das primäre Stadium ist der Spirochätennachweis, der bei geeigneter Technik so gut wie regelmäſsig gelingt, die einfachere und sichere diagnostische Methode. Auch bei sekundären Rezidiven (Papeln, Plaques) gelingt der Spirochätennachweis, während die Wassermannsche Reaktion noch negativ ist. Ferner hat der Spirochätennachweis den Vorteil, daſs wir mit seiner Hilfe eine topische Diagnose stellen können, während die Wassermannsche Reaktion nur eine Durchseuchung des Organismus im allgemeinen anzeigt. Bei jungen Primäraffekten im besonderen ist der Spirochätennachweis das einzige Mittel zur Sicherung der Diagnose.

10. Ein Einfluſs der Behandlung (Quecksilber und in weniger energischer Weise Jodkalium) auf den Ausfall der Reaktion ist unverkennbar. Häufig wird die vor Beginn einer Kur positive Reaktion nach Beendigung derselben negativ, doch ist dieses Verhalten durchaus kein regelmäſsiges, und auch durch besonders energische Kuren gelingt es nicht immer, eine positive Reaktion in eine negative umzuwandeln.

11. Eine nach einer Kur negativ gewordene Reaktion wird häufig wieder positiv. Dies ist die Regel nach der ersten Kur, durch die die Umwandlung der positiven Reaktion in eine negative relativ leicht gelingt. Bei späteren Kuren gelingt es viel schwerer, die komplementbindenden Stoffe zum Schwinden zu bringen. Ist die Umwandlung aber gelungen, so bleibt die Reaktion häufig längere Zeit negativ.

12. Die Länge der Kuren darf nicht nach dem Ausfall der Reaktion allein bemessen werden, da nach einer negativen Phase die Reaktion sehr bald wieder positiv werden und bei positivem Ausfalle nach Beendigung der Kur sie noch nach Wochen ohne weitere therapeutische Maſsnahme abklingen kann.

13. Die Reaktion kann in seltenen Fällen auch ohne Behandlung spontan verschwinden. Ferner können durch Quecksilberdarreichung in der Latenz negativ reagierende Fälle zunächst positiv werden.

14. Der wechselnde Ausfall der Reaktion bei ein und demselben Patienten, das Folgen von Rezidiven bei vorher negativer Reaktion, das Positivwerden der Reaktion bei in der Latenz begonnenen Kuren lassen es unstatthaft erscheinen, auf Grund eines negativen Ausfalles der Reaktion eine Kur zu unterlassen.

15. Bei positivem Ausfall der Reaktion wird man namentlich bei spätlatenten Fällen unter Berücksichtigung aller sonstigen Umstände (Toleranz gegen Quecksilber, Allgemeinbefinden usw.) versuchen, durch eine Quecksilberkur die positive Reaktion in eine negative umzuwandeln.

16. Der Ausfall der Wassermannschen Reaktion ist nach den bisherigen Erfahrungen Bl.s in den ersten der Infektion folgenden Jahren für die Prognose ohne Bedeutung. Auch für die späteren Jahre ist auf Grund eines negativen Ausfalles der Reaktion eine günstige Prognose nur mit Vorsicht zu stellen, da die negative Reaktion jederzeit in eine positive umschlagen kann. Insbesondere wird es noch jahrelanger Beobachtung bedürfen, um zu entscheiden, ob spätlatente Syphilitiker mit negativer Reaktion in bezug auf Tabes und Paralyse wesentlich günstiger gestellt sind wie solche mit positiver Reaktion.

17. Das regelmäſsige Vorkommen der positiven Reaktion bei manifesten Erscheinungen, das häufige Verschwinden nach Beendigung einer Kur, das Wiederauftreten bei einem Rezidive lassen es als sehr wahrscheinlich gelten, daſs der positive Ausfall der Reaktion ein aktives Wuchern des Syphilisvirus anzeigt oder doch wenigstens ein

Zeichen dafür ist, daſs vor nicht allzu langer Zeit noch derartiges Wuchern stattgefunden hat.

18. Der negative Ausfall der Reaktion zeigt dagegen nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit an, daſs zurzeit keine Krankheitserscheinungen bestehen, d. h. daſs die Spirochäten sich im Ruhestadium befinden. Er bedeutet noch keineswegs Heilung.

19. Der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion beweist nicht die Infektiosität des Syphilitikers (positiver Ausfall bei tertiärer Syphilis). Der negative Ausfall beweist nicht den Mangel an Infektiosität (Primäraffekte, frische Rezidivplaques bald nach einer Kur); daher ist im allgemeinen der Ausfall der Reaktion für die Frage der Kontagiosität nicht zu verwerten.

20. Die Wassermannsche Reaktion stellt das einzige Mittel dar, um latent Syphilitische in der Umgebung syphilitisch infizierter Personen (Ehegatten, Kinder, Eltern kongenital-syphilitischer Kinder usw.) aufzufinden. Ferner ist es nur mit ihrer Hilfe möglich festzustellen, ob bei Abortivkuren eine dauernde Befreiung des Organismus von syphilitischem Gifte gelungen ist. Mit Hilfe der Wassermannschen Reaktion konnte bei zwei Patienten festgestellt werden, daſs sie nach Einleitung einer Frühbehandlung (Exzision des Primäraffektes und energische Quecksilberbehandlung) bisher syphilisfrei geblieben sind.

21. Mütter kongenital-syphilitischer Kinder sind wohl durchweg als syphilitisch zu betrachten, denn sie geben in einem auſserordentlich hohen Prozentsatze die Wassermannsche Reaktion.

22. Zu Untersuchungen bei experimenteller Syphilis ist die Wassermannsche Reaktion ungeeignet, da bei unseren gebräuchlichsten Laboratoriumstieren (Affen, Kaninchen) auch normalerweise das Serum an einem Tage positiv reagieren kann, an einem anderen Tage negativ.

2. **Beitrag zur Kenntnis der Sporotrichose der Haut, mit besonderer Berücksichtigung der Lymphangitis sporotrichotica. Experimentelle Sporotrichose,** von G. Arndt-Berlin. (Heft 1.) Der Artikel wird fortgesetzt.

3. **Die chronisch - intermittierende Hg - Behandlung der Syphilis in poliklinischer Praxis,** von H. J. Schlasberg-Stockholm. (Heft 2.) Während von vielen Autoren behauptet wird, daſs die Durchführung der chronisch-intermittierenden Syphilisbehandlung bei den ärmeren, nicht der Privatklientel angehörenden Patienten sehr schwierig oder sogar unmöglich sei, hat Schl. festgestellt, daſs die Poliklinikpatienten in Stockholm sich im allgemeinen gerne der chronisch - intermittierenden Behandlung unterziehen und auch symptomfrei sich immer wieder zur Vornahme einer Kur einstellen. Von 552 Kranken mit rezenter Syphilis, die in den Jahren 1901 bis 1906 in die Poliklinik des Krankenhauses St. Göran aufgenommen worden sind, blieben nur 47 = 8,5 nach der ersten Behandlung aus; 51 = 9,2% haben zwei, 58 = 10,5% drei, die übrigen 396 = 71,7% vier bis zwölf Kuren durchgemacht. — Jeder Patient erhält bei Beginn der Behandlung ein Merkblatt mit den notwendigen Verhaltungsmaſsregeln und Belehrungen. Die poliklinischen Sprechstunden fallen mit der Mittagszeit der Arbeiter zusammen.

4. **Zur Kasuistik seltener Nagelkrankheiten: Platonychie als Gewerbekrankheit,** von Julius Heller-Charlottenburg-Berlin. (Heft 2.) H. fand bei einem 57jährigen Arbeiter an beiden Daumen eine stark ausgebildete Platonychie, die 2,5 cm breiten Nagelplatten waren fast ganz eben. Die Volarfläche der Nagelglieder erschien stark abgeplattet, so daſs die in der Norm sanft gewölbte volare Mittellinie vom Gelenk bis zum freien Nagelrand auffallend steil abfiel. Die Nägel der beiden Zeigefinger wiesen einen ganz geringen Grad von Platonychie auf.

Der Mann ist seit 25 Jahren als Emailleur in der kgl. Porzellanmanufaktur beschäftigt: er hat die Porzellangegenstände vor dem Brennen in ein Emaillebad zu tauchen und verreibt Unebenheiten der Emaille u. dgl. systematisch mit der Volar- oder Nagelfläche der Daumenendglieder, ausnahmsweise auch mit den Nagelgliedern der Zeigefinger. Diese Manipulation hat zur Atrophie der Daumenkuppen und zur Abplattung des Nagelbettes und damit zur Platonychie geführt. *Götz-München.*

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 99, Heft 1 u. 2. Dezember 1909.

1. **Über einen positiven Spinalganglien- und Rückenmarksbefund bei einem Fall von Lupus erythematodes mit akutem Nachschub,** von Moriz Biach. Histologische Untersuchungen des Rückenmarks und der Spinalganglien eines an anderer Stelle von v. Zumbusch und Reitmann mitgeteilten Falles von Lupus erythematosus. Die Veränderungen im Rückenmark sind akutester Natur und zeigen den allerersten Beginn einer leichten Meningomyelitis, die nicht in Beziehung zu der Hauterkrankung gesetzt werden kann. Dagegen handelt es sich bei den Veränderungen der Spinalganglien um einen chronischen atrophischen Prozefs, der anscheinend von den Ganglienzellen seinen Ausgang nimmt. Für den Zusammenhang der Ganglien- und Hauterkrankung scheint zu sprechen, dafs man solche Befunde an den Ganglien bei jugendlichen Personen (es handelt sich um eine 22jährige Patientin) nur nach akuten Infektionskrankheiten zu erheben imstande ist.

2. **Über eine bisher nicht beschriebene, mit eigentümlichen Elastinveränderungen einhergehende Dermatose bei Bence-Jonesscher Albuminurie.** Ein Beitrag zur Lehre von den Stoffwechseldermatosen, von Bruno Bloch-Basel. Bei einem 67jährigen Manne, der an multiplen Knochenmarkstumoren und an Bence-Jonesscher Albuminurie leidet, treten Effloreszenzen auf der Haut auf, die als kleine erythematöse Flecken beginnen, zu erhabenen Papeln werden, sich mit Schuppen und Krusten bedecken und als narbig-atrophische, depigmentierte Stellen endigen. Histologisch finden sich neben intensiven Entzündungserscheinungen im Papillarkörper und atrophischen, hypertrophischen und degenerativen Zuständen in der Epidermis vor allem Veränderungen im gesamten elastischen Gewebe. Es ist zum allergröfsten Teil vollständig in körnigen Zerfall übergegangen und hat seine normale Färbbarkeit verloren. Statt seiner finden sich stark lichtbrechende, gelblich glänzende pigment- und granulaartige Körner und Fäserchen. Verfasser meint, dafs das Zusammentreffen einer so enorm seltenen Allgemeinerkrankung und einer klinisch und histologisch so eigentümlichen, bisher nicht beobachteten Hauterkrankung für einen ursächlichen Konnex spricht, und dafs es gewisse, für die multiple Myelomatose charakteristische Stoffwechselprodukte sind, welche solche Hauterscheinungen hervorzurufen imstande sind. Dabei denkt er an den Bence-Jonesschen Eiweifskörper und möchte von einer „mit körniger Elastolyse einhergehenden Bence-Jonesschen Dermatitis“ sprechen.

3. **Über Hautmetastasen bei Mammacarcinom,** von Ernst Eitner und Karl Reitmann-Wien. Mitteilung von sieben Fällen und den in vier Fällen vorgenommenen histologischen Untersuchungen. Überblick über die in der Literatur vorhandenen Fälle. Verfasser teilen die Fälle in zwei Gruppen. In der ersten kleineren Gruppe kommt es durch direktes Hineinwachsen des Tumors in die Haut zur krebsigen Infiltration derselben, während es sich bei der zweiten Gruppe um Fälle handelt, bei denen die Verschleppung von Carcinomkeimen an entferntere Orte echte Metastasenbildung darstellt.

4. **Zwei Fälle von multiplen Cutismyomen,** von WILHELM FRITZ. Zwei sehr ähnliche Fälle von multipler Geschwulstbildung aus glatten Muskelfasern der Haut bei einem 68jährigen Manne und einem 25jährigen kräftigen Heizer. Die Lokalisation der Geschwülste an der Aufsenseite der Extremitäten, ihre Einlagerung in das Corium der Haut und der histologisch konstatierte Zusammenhang mit den Musculi arrectores lassen es wahrscheinlich erscheinen, dafs die wahrscheinlich kongenitalen Geschwülste mit den Musculi arrectores aus einer gemeinsamen Anlage hervorgegangen sind.

5. **Ein Beitrag zur Kenntnis des Erythema elevatum et diutinum** (R. CROCKER), von A. HALLE-Berlin. Dreijähriger Knabe, der seit vier Monaten auf der Streckseite der rechten Hand und des rechten Unterarmes eine Anzahl von scheiben- resp. ringförmigen Effloreszenzen von blafsgelber bis blauroter Farbe zeigt, die bei oberflächlicher Betrachtung einige Ähnlichkeit mit denen des Erythema exsudativum multiforme haben. Bei der Palpation erkennt man, dafs es sich um derbe, in der Cutis sitzende und mit dieser verschiebliche Infiltrate handelt. Histologische Befunde, auch aus der Literatur, die ziemlich spärlich ist, sind im ganzen 49 Fälle bekannt, doch erscheint nur etwa die Hälfte sichergestellt. Ätiologisch scheint die von einer Anzahl von Autoren vertretene Meinung, dafs das Leiden rheumatischer Natur ist, am meisten Wahrscheinlichkeit für sich zu haben. (Moulagen und histologische Präparate des Falles wurden bereits auf dem X. Kongresse der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Frankfurt a. M. 1908 demonstriert.)

6. **Beitrag zur Kenntnis der Tuberculosis verrucosa cutis RIEHL-PALTAUF,** von HÜBNER-Marburg. Zwei Fälle, bei einem 24jährigen Bäcker und einem 35jährigen Landmann, bei denen, wie bei den meisten in der Literatur mitgeteilten Krankengeschichten, die Tuberkulose der Haut auf dem Handrücken sich während des Bestehens eines chronischen tuberkulösen Lungenkatarrhs ausgebildet hat. Die immer gleiche Lokalisation der Affektion am Handrücken meist der arbeitenden männlichen Bevölkerung macht es wahrscheinlich, dafs es sich um eine echte Impftuberkulose, um eine Autoinfektion mit den eigenen Tuberkelbazillen handelt, die durch Abwischen des tuberkelbazillenhaltigen Sputums mit dem Handrücken, dessen Bedeckung durch die Beschäftigung vielfachen Läsionen ausgesetzt ist, zustande gekommen ist. Dafs diese Infektion nicht oder nur in Ausnahmefällen zu einem echten Lupus führt, liegt wohl daran, dafs der Körper durch das primäre Bestehen der Lungentuberkulose eine spezifische relative Immunität gegenüber den Tuberkelbazillen erworben hat.

7. **Über ein pustulo-nekrotisches Exanthem bei Tuberkulösen,** von OTTO KREN-Wien. Drei Fälle, die in den letzten vier Jahren zur Beobachtung kamen. Die Affektion besteht aus einzeln stehenden derben, zirka hanfkorngrofsen oder flachen, linsengrofsen Knötchen, die sich nach ein- bis zweitägigem Bestande zu impetigoähnlichen eitrigen Bläschen mit oft dicker und fester Blasendecke umgestalten. Unter einer sich danach in das Bläschen einsenkenden Kruste oder einem scharfumgrenzten deprimierten Schorfe kommt es zur Ausheilung mit kreisrunden Narben. Stöfst sich die nekrotische Masse ab, so tritt ein scharfrandiger, wie ausgestanzter Substanzverlust zutage, der unter Granulationsbildung nur allmählich zur Ausheilung kommt. Nach den histologischen Untersuchungen basieren die Veränderungen auf einem zur Nekrose führenden Prozefs, der mit Endarteriitis einhergeht, die so hochgradig ist, dafs sie zum kompletten Gefäfsverschlufs führt. Aus der Literatur entspricht eigentlich nur ein von OPPENHEIM mitgeteilter Fall dem beschriebenen Bilde. K. möchte den Prozefs als Tuberkulid auffassen und den Namen Ekthyma scrofulosorum vorschlagen.

8. **Ein Beitrag zum Lupoid** (BOECK), von OTTO KREN und ST. WEIDENFELD-Wien. Bei einem tuberkulösen Patienten, Mitte der vierziger Jahre, finden sich im Gesicht, später auch an den Streckseiten der Extremitäten stecknadelkopf- bis linsen-

große Knötchen neben fingernagelgroßen blauvioletten Flecken. Die kleinen Knötchen waren über der rechten Wange zu einer größeren, einer Lupus erythematodes-ähnlichen Plaque agglomeriert. Histologisch beginnen die Knötchen sowohl subepidermoidal wie in der Subcutis; ihre Begrenzung ist eine scharfe, das umgebende Bindegewebe zeigt fast gar keine Neubildung von Zellen. Riesenzellen fehlen; im Laufe der Entwicklung werden die elastischen Fasern zerstört. Der Patient reagierte nicht auf Tuberkulin. Eingehende Übersicht über die seit der ersten Publikation von Boeck (1899) erschienene Literatur.

9. **Zur Kenntnis des senilen Angioms und seiner Beziehungen zum Endotheliom**, von Walther Pick-Wien. In eigenartiger Anordnung finden sich die bekannten senilen Angiome bei zwei älteren Männern gehäuft, ausschließlich auf der linken Seite des Hinterkopfes. Ätiologisch hat nach P. am meisten Wahrscheinlichkeit die Annahme, daß es sich in dem beschriebenen Hautbezirke um eine Remanenz embryonaler Keime handelt. Während im ersten Falle eine gewisse Hypertrophie und Proliferation des Endothels nichts Außergewöhnliches darstellte, fand sich im zweiten Falle eine hochgradige atypische Wucherung, die Verfasser veranlaßt, im Hinblick auf die tumorförmige Anordnung der Endothelzellen und deren infiltratives selbständiges Wachstum von einem Endetheliom der Blutgefäße zu sprechen.

10. **Zur Kenntnis der Talgdrüsen und der von ihnen ausgehenden Wucherungs- und Neubildungsprozesse**, von Karl Reitmann-Wien. Die engen Beziehungen der Talgdrüsen zum Haarfollikel haben bei der Bestimmung des Ausgangspunktes von Tumoren vielfach zu irrigen Anschauungen geführt. Wirklich von den Talgdrüsen selbst ausgehende Wucherungs- und Neubildungsprozesse sind selten und kommen nur in wenigen Variationen vor. Diese sind die senile (präsenile) sog. Talgdrüsenhypertrophie, richtiger Hyperplasie, echte Talgdrüsenhypertrophie im Gefolge entzündlicher Prozesse, der Naevus sebaceus und das Adenoma sebaceum, die alle ihrerseits den Ausgang für eine Carcinombildung abgeben können.

11. **Beitrag zur Pathologie des Lupus erythematodes acutus (disseminatus)**, von Karl Reitmann und Leo v. Zumbusch-Wien. Ausführliche Wiedergabe der Krankengeschichten von sechs einwandfreien Fällen von akutem Lupus erythematosus, die sämtlich erwachsene Frauen von 22—47 Jahren betrafen und alle ad exitum kamen, davon fünf innerhalb sechs Monaten. Obduktionsbericht dieser fünf Fälle; histologische Befunde von vier Fällen.

12. **Zur Kenntnis der Weißfleckenkrankheit (Whitespot disease)**, von E. Riecke-Leipzig. Bei einer 50jährigen Frau hat sich im Laufe von etwa zehn Jahren in durchaus chronischer Form ein mit mäßigem Jucken einhergehendes Exanthem entwickelt, das aus rein weißen planen Effloreszenzen sich zusammensetzt. Die Veränderungen entstehen als kleinste stecknadelkopf- bis hirsekorngroße Herde, sie wachsen in absolut unmerklicher Weise zu linsen- bis hellergroßen Effloreszenzen heran. Von ganz verschiedener Kontur, aber immer scharf begrenzt, erscheinen die Einzelherde, obwohl sie über das Niveau der normalen Haut sich nicht deutlich erheben, substantiell, wie in die Haut eingelegte Plättchen. Während sie zunächst disseminiert stehen, vereinigen sie sich später zu deutlichen Gruppen und konfluieren auch stellenweise. Histologisch findet sich im wesentlichen ein pathologisch verändertes Bindegewebe der oberen Cutislagen, das peripher jeweilig Rundzelleninfiltration zeigt; die elastischen Fasern sind intakt.

Die unter der Bezeichnung der Weißfleckenkrankheit seit der ersten Publikation von Westberg mitgeteilten Krankheitsbilder sind sicher nicht einheitlicher Natur. Bei den meisten scheint es sich um eine circumskripte Sklerodermie zu handeln. Der Beobachtung Westbergs — Weißfleckenkrankheit sensu strictiore — möchte R. den

Fall von JOHNSTON-SHERWELL anreihen, und ebenso den seinigen, da sich auch hier die Einlagerung der weifsen Effloreszenzen in die sonst klinisch unveränderte Haut findet.

13. **Zur Kenntnis der Keloide nebst Bemerkungen über Mongolengeburtsflecke,** von MAX SCHRAMEK-Wien. Keloide bei drei Generationen einer Familie. Bei zwei Knaben der vierten Generation im Alter von drei resp. vier Jahren fanden sich sog. Mongolengeburtsflecke. Die Heredität als ätiologischer Faktor hat nach Verfasser bis jetzt noch wenig Berücksichtigung gefunden. Das Zusammentreffen der hereditären Keloide mit den Mongolenflecken scheint geeignet zu sein, die Ansicht, dafs Keloide aus kongenitaler Anlage ihre Entwicklung nehmen können, an Wert gewinnen zu lassen.

14. **Über mechanische Reizbarkeit der Haut (Dermographismus), zugleich eine Studie über Adrenalinwirkung auf die Haut,** von STEPHAN WEIDENFELD-Wien. Zahlreiche Versuche haben ergeben, dafs das Adrenalin die Fähigkeit besitzt, die Reizbarkeit der Haut in der Weise zu beeinflussen, dafs mechanische Reize nicht mehr zu einer Exsudation führen. Und ferner: dafs die entstehende Quaddel abhängig ist von dem Angriffspunkt des Reizes und von der Gröfse des gereizten Gefäfsabschnittes. Weiterhin hat sich ergeben, dafs auch chemische Reize die Fähigkeit besitzen, eine Exsudation zu erzeugen, und dafs gefäfskontrahierende Mittel, z. B. das Kokain, nicht ausreichen, die Exsudation zu verhindern. Daraus geht hervor, dafs Exsudation ohne Hyperämie entstehen kann und dafs Hyperämie ohne Exsudation besteht.

15. **Studien über das Zustandekommen der Juckempfindung,** von FERDINAND WINKLER-Wien. Sehr interessante Versuche, die es verdienen, im Original gelesen zu werden. Es geht aus ihnen hervor, dafs das Jucken zu den physiologischen Empfindungen gehört und dafs es in der gleichen Hautschichte wie der Schmerz zustande kommt. Für seine Übertragung zum Zentralorgan dient aber eine langsamere Leitung, und es ist wahrscheinlich, dafs diese Leitung die Gefäfsbahnen benützt. Dabei sind trotz ihrer gleichen Ursprungsstätte Juckempfindung und Schmerzempfindung vollständig zu trennen, wenn sie auch soweit parallel gehen, dafs bei dem Fehlen der Schmerzempfindung (bei gewissen pathologischen Zuständen) auch die Juckempfindung fehlt. Wahrscheinlich liegen die perzipierenden Organe für beide Empfindungen räumlich sehr nahe, reagieren aber normaler Weise auf einen gleichen Reiz verschieden.

16. **Psoriasis und pustulöses Exanthem,** von LEO Ritter v. ZUMBUSCH-Wien. Zwei Geschwister leiden seit früher Jugend an Psoriasis, die in der gewöhnlichen Weise intermittierend auftritt und öfter behandelt wurde. Bei dem Bruder kommt es öfter in mehr oder weniger schwerer Form zum Ausbruch eines eigenartigen pustulösen Exanthems — mit negativem bakteriologischen Befund des Pustelinhalts. Bei der Schwester tritt diese Erkrankung nur einmal, in schwerer Form, auf; während dieser Zeit erfolgte plötzlicher Exitus durch Pulmonalembolie; die Sektion ergab keinerlei Anhalt für die Ursache des Exanthems. Ein septisches Erythem möchte Verfasser ebenso wie eine zufällige Kombination mit einer anderen Dermatose aus verschiedenen Gründen von der Hand weisen und das Exanthem eher für eine bisher nicht gekannte Form der Psoriasis halten; er meint, dafs für diese Auffassung spreche: das Zusammenfallen der Eruptionen mit Psoriasisschüben, das Ausklingen unter der Form der Psoriasis, der chronisch rezidivierende Verlauf, das familiäre Auftreten und endlich die günstige Beeinflussung selbst noch im akuteren Stadium durch die Pyrogallussäure.

W. Lehmann-Stettin.

Über das Gonosan, von Max Joseph-Berlin. J. möchte den Praktiker davor warnen, bei Blennorrhoe allein Gonosan innerlich zu geben und dann die Hände in den Schofs zu legen. Aus einer Reihe von Veröffentlichungen scheint hervorzugehen, dafs Gonosan bakterizid wirke; dies ist ganz und gar nicht der Fall. Man wird nie ohne lokale antiseptische Therapie auskommen, wenngleich als Adjuvans gegen Gonosan ebensowenig wie gegen einige andere interne Mittel einzuwenden ist.

W. Lehmann-Stettin.

Verhandlungen der Royal Society of Medicine.

Dermatological Section.

Sitzung vom 18. November 1909.

Dermatitis herpetiformis bei einem 58jährigen Manne, von G. W. Dawson. Die bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Mikroorganismen, welche als Diphtheriebazillen zu deuten waren.

Ein Fall von Pruritus, von G. W. Dawson. Bei dem 65jährigen Patienten, Gärtner, war die nach dem Juckreiz auftretende Pigmentierung auffällig.

Lichen planus hypertrophicus von zweimonatiger Dauer bei einem zehnjährigen Knaben, von S. E. Dore.

Ein Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little. Die Diagnose schwankte zwischen Psoriasis, Erythema circinatum und Spätsyphilis.

Lupus erythematosus mit Symptomen, welche möglicherweise einen Übergang des circumskripten Typs in die akute disseminierte Form bedeuten, von E. G. G. Little.

Eine ungewöhnliche Affektion der Lippen, von M. Morris und S. E. Dore. Bei einer 29jährigen Dame besteht seit elf Jahren eine eigentümliche Verdickung mit Schuppenbildung an den Lippen; nach Entfernung der Schuppen erscheint die Schleimhaut nicht rot, sondern bläulich. Unter Radiumbehandlung ist eine erstaunliche Besserung eingetreten.

Fall von Tertiärsyphilis (Tendosynovitis gummosa), von J. H. Sequeira. Das ungewöhnliche bei diesem Falle bestand in dem wiederholten Auftreten von enormen gummösen Schwellungen, welche von den Sehnenscheiden an der Hand und den Füfsen ausgingen. Unter antisyphilitischer Behandlung erfolgte Heilung, doch treten mehrfach Rezidive ein.

Symmetrische naevoide Tumoren an der Fufssohle bei einem Säugling, von J. H. Sequeira. Die mandelgrofsen, beweglichen, subcutanen Geschwülste sind bei dem sechs Wochen alten Kinde am dritten Tage nach der Geburt bemerkt worden. Sie machen den Eindruck von Lipomen oder Fibrolipomen.

Electro-therapeutical Section.

Sitzung vom 19. November 1909.

Die Behandlung von Naevi durch Elektrizität, Galvanokauterisieren und Vereisung, von E. R. Morton. Im Laufe von etwa sechs Jahren hat Verfasser ein Material von einigen 2000 Fällen gesammelt, welche er nach verschiedenen Methoden behandelt hat. Je nach den speziellen Indikationen verwandte er die Elektrolyse (vorwiegend beim kavernösen Naevus), den Galvanokauter und den hochfrequenten Strom. In den letzten Monaten hat er aber bei der grofsen Mehrzahl der Fälle die Methode der Vereisung mit Kohlensäureschnee nach dem Vorgang von A. C. Geyser-

New York angewandt. Dies Verfahren ist als wirksam, einfach und billig sehr zu empfehlen. Man bildet sich aus dem beim Öffnen des Hahnes eines gewöhnlichen, die Kohlensäure enthaltenden Stahlzylinders entweichenden Schnee durch Aufsaugen und Festpressen in einem passenden Röhrchen einen Stift, den man 30—60 Sekunden lang dem Naevus fest aufdrückt. Meist genügt eine einzige Sitzung. Die Einzelheiten der Technik (welche übrigens auch schon von deutschen Autoren geschildert worden sind. Ref.) werden von M. genau angegeben.

Epidemiological Section.

Sitzung vom 26. November 1909.

Über den Prozentsatz der Erkrankungen bei neun Masernepidemien an einer staatlichen Schule nebst Bemerkungen über das ante-exanthematische Stadium, von H. G. Armstrong. Während einer 25jährigen Tätigkeit als Schularzt an einem Internat mit 4—500 Schülern hat A. neun Epidemien erlebt, während bei drei Gelegenheiten es durch Isolierung der ersten Erkrankungsfälle gelang, eine weitere Ausdehnung zu verhindern. Daſs dieses Vermeiden der Infektion ein Vorteil sei, bezweifelt A., weil die betreffenden Knaben dann später doch jedenfalls angesteckt werden und die Erkrankungsform desto schlimmer ist, je älter das Individuum. Wenn die Epidemie nicht gleich im Keime erstickt wurde, hörte sie nicht eher auf, als bis sämtliche noch nicht durch eine frühere Attacke immun gewordene Knaben infiziert worden waren. Die von Meunier beobachtete Gewichtsabnahme im prodromalen Stadium hat Verfasser vielfach bestätigt gefunden; gewöhnlich ging derselben eine Gewichtszunahme kleineren Grades vorauf.

Scharlach, dessen Verhütung und Behandlung im Hause der Kranken, von R. Milne. Nach einer 30jährigen, sehr ausgedehnten Erfahrung empfiehlt M. folgende Methode als durchaus wirksam und zuverlässig: Sofort beim Beginn der Erkrankung oder sobald als möglich wird der ganze Körper des Kranken vom Kopf bis zu den Fuſssohlen mit reinem Eukalyptusöl morgens und abends sanft eingerieben. Dies wird während der ersten vier Tage gleichmäſsig fortgesetzt; vom fünften bis zehnten Tage genügt eine einmalige tägliche Einreibung. Ferner wird während der ersten 24 Stunden die Rachenschleimhaut alle zwei Stunden mit einem in 10%igem Karbolöl getauchten Wattebausch in möglichst weiter Ausdehnung sorgfältig abgetupft. Auf diese Weise gelingt es nach M.s Erfahrungen stets, die Krankheit zu heilen und auch die Infektiosität zu beseitigen. In einigen Kinderheimen mit vielen Hunderten von Mädchen, Knaben in allen Altersklassen lieſs er die Scharlachfälle ohne weiteres mit den anderen Kindern verkehren, ohne irgendwelchen Nachteil beobachtet zu haben.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Bd. IX, Nr. 17.

Über eine neue, stark modifizierende und vielleicht kopierende Methode der Syphilisbehandlung, von H. Hallopeau-Paris. Sofort nach dem (vorzugsweise mittels Dunkelfeldmikroskop) gelieferten Nachweis von Spirochäten an einem Primärgeschwür beginnt H. mit einer antisyphilitischen Behandlung. Das Geschwür wird mit einer 30%igen Atoxylsalbe bedeckt; in die frei gelassene Umgebung wird in nächster Nähe des Ulcus täglich eine kleine Dosis (etwa 0,1) Atoxyl subcutan injiziert. Die Injektionen werden aber bei den ersten Anzeichen auch der geringsten Augenaffektion ausgesetzt; bei Patienten im Alter von mehr als 50 Jahren will Verfasser überhaupt dieselben nicht angewendet wissen. Für diese Kranken empfiehlt er, die Einspritzungen mit dem Monneyratschen Hectine auszuführen. Tritt keine Kontra-

indikation ein, so sollen die Injektionen während der ganzen Inkubationsdauer, also sechs Wochen lang, täglich ausgeführt werden. Gleichzeitig erhält der Patient täglich intraglutäale Einspritzungen von benzoësaurem Quecksilber (0,02), das zur Vermeidung von Schmerzen und Reizungen mit 10% Glukose oder Saccharose (Lafay) in 4 ccm abgekochtem Wasser vermischt wird, und nimmt täglich 1—2 g Jodkalium. H. ist nämlich der Meinung, daſs dieses Medikament nicht bloſs für die Spätstadien indiziert ist. Bisher sind erst drei Patienten nach diesem Verfahren behandelt worden; bei zweien scheint die Infektion im Keime erstickt worden zu sein, beim dritten traten nur leichte Sekundärerscheinungen auf. Es ist vielleicht auch nicht nötig, die intraglutäalen Injektionen während sechs Wochen unausgesetzt täglich zu verabreichen. (Nach *Gaz. des hôpitaux.*)

Nr. 18.

Gesichtsneuralgie und Kopfschmerzen auf syphilitischer Basis. Heilung der Neuralgie durch Quecksilber und der Kopfschmerzen durch Jodkalium, von Léard. Verfasser behandelte eine 26jährige Frau, welche seit etwa vier Wochen an intensiven Attacken von Gesichtsneuralgie und Kopfweh litt, zunächst mit den bewährtesten Nervenmitteln ohne Erfolg. Der Ehemann bot keine Zeichen einer syphilitischen Infektion dar, aber einige Aborte und das Vorhandensein eines sehr mangelhaft entwickelten Kindes (neben einem anderen durchaus gesunden Kinde) lieſsen einen syphilitischen Faktor annehmen. Die Behandlung mit Jodkalium und mit Injektionen von benzoësaurem Quecksilber bewirkte eine vollständige Genesung. Verfasser denkt an eine sehr verspätete Manifestation von hereditärer Syphilis. (Nach *Revue médicale.*)

Zur Verwendung des hochfrequenten Stromes beim Ulcus rodens, von E. Donner-Lille. Bei zwei Fällen von Ulcus rodens erzielte D. einen vollen Erfolg durch die Anwendung des hochfrequenten Stromes mit einem Oudinschen Reformator und mit Elektroden, welche Funken von 3—4 mm Länge lieferten. Die Sitzungen dauerten zwei bis drei Minuten und waren allerdings nicht schmerzlos, aber nach zwei resp. drei Sitzungen erfolgte eine vollständige Rückbildung der Tumoren welche permanent zu sein scheint. (Nach *Le Nord médical.*)

Nr. 19—21.

Enthalten keine Originalien.

Nr. 22.

Der Gesundheitszustand der Prostituierten in den Bordellen, von L. Butte-Paris. An der Hand einer tabellarischen Übersicht der venerischen Erkrankungsfälle in den Bordellen von Paris aus den Jahren 1872 bis inkl. 1908 zeigt B., daſs die Kasernierung nebst einem gut durchgeführten ärztlichen Überwachungsdienst in sanitärer Beziehung sehr gute Resultate zu erzielen imstande ist. Die Zahl der Kasernierten ist allerdings von 1092 (1872) auf 425 (1908) zurückgegangen; dabei waren in den ersten Jahren 20—30% der Mädchen als syphilitisch nachgewiesen worden, in den letzten Jahren nur 0,5% und in drei besonders günstigen Jahren wurde sogar kein einziger Fall von Syphilis angetroffen. Dieses günstige Resultat erklärt sich zum Teil aus dem Umstand, daſs seit dem Jahre 1901 keine minorennen Prostituierten in den Bordellen aufgenommen werden dürfen, zum Teil aber auch aus den besseren Verhältnissen der persönlichen Hygiene. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 13, Nr. 12.

I. **Pyelitis,** von Harlow Brooks-New York. Klinischer Vortrag über Diagnose, Behandlung und Prognose der Pyelitis.

II. **Ein Fall von Prostatektomie,** von JACOB BLOCK-Cansas. Ein 79jähriger Mann führt seit ungefähr 20 Jahren ein Katheterleben. Bei der vorgenommenen Prostatektomie findet sich in der Blase ein Adenocarcinom.

III. **Die Anwendung der Vaccine neoformans bei Nierencarcinom,** von ALEXANDER J. ANDERSON-Newport. Bei einer 67jährigen Frau bewirkten die Injektionen mit Vaccine neoformans ein Verschwinden der Schmerzen.

IV. **Wirksame Mittel zur Verhütung syphilitischer und blennorrhoischer Infektion,** von JUAN BRENA-Dacatacas. Die Aufklärung der Jugend und die Bekämpfung der klandestinen Prostitution sind die besten Mittel zur Abwehr der Geschlechtskrankheiten.

V. **Eine Methode zur Entfernung der Naevi und ähnlicher kleiner Geschwülste,** von JOHN J. REYCRAFT-Petosky. Der Verfasser empfiehlt, in den Naevus kochendes Wasser zu injizieren. *Schourp-Danzig.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band X, Heft 8.

Die Prostitutionsfrage in New York, von FREDERIC BIERHOFF. (Fortsetzung.) B. behandelt in diesem Abschnitt das Bordellwesen und die Absteigequartiere in New York. Der Polizei sind die Hände gebunden, da der Einfluſs solcher Leute, welche in maſsgebender politischer Stellung sich befinden und die Gesetzbrecher schützen, bei den Richtern und bei den Gerichtshöfen vorherrscht.

Schourp-Danzig.

Sexual-Probleme.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik.

November 1909.

Der deletäre Nimbus der Prostitution, von IKE SPIER. Nimmt man der Prostitution durch eine vernünftige sexuelle Aufklärung, die allem Geschlechtlichen nur den natürlichen Platz zuweist, den Reiz des Geheimnisvollen, Diabolischen und Genuſsduftenden, so wird man sie nüchtern betrachten und in den Prostituierten keine Liebesgöttinnen, sondern bedauernswerte Geschöpfe mit einer enormen Prozentsumme von Lues und Blennorrhoe erblicken. *Arthur Schucht-Danzig.*

Folia urologica.

Band IV, Nr. 6. Dezember 1909.

1. **Beitrag zur Symptomatologie und Diagnose des Prostatacarcinoms mit besonderer Berücksichtigung der Frühdiagnose,** von J. F. SALINGER-Berlin. 21 ausführlich mitgeteilte Krankengeschichten, aus denen hervorgeht, daſs bei der relativen Häufigkeit des Prostatacarcinoms und der Schwierigkeit einer frühzeitigen Diagnose bei jeder Prostatavergröſserung älterer Leute an diese Möglichkeit gedacht werden sollte. Das konstanteste und damit wichtigste Symptom besteht in einer auffallenden Härte der Drüse oder eines Teiles derselben, während Schmerzen, Blutungen und Kachexie in zahlreichen Fällen fehlen können. Hervorzuheben ist die in mehreren Fällen erreichte bedeutende palliative Besserung nach BOTTINI.

2. **Behandlung der essentiellen nächtlichen Harninkontinenz mittels Testikulin,** von SERRALACH-Barcelona. Die hauptsächlichste Reflexhemmung der Blase stammt vom Geschlechtsapparat her und steht in ursächlichem Zusammenhang mit der

inneren Sekretion des Hodens. Experimente am Hunde haben gezeigt, daſs der Hodensaft die Kapazität der Harnblase erhöht und Zusammenziehung der Schlieſsmuskeln bewirkt. Dementsprechend hat Verfasser Hodensaft („Testikulin“) in Fällen von Harnbeschwerden verwendet, die mit Verminderung der Blasenkapazität und mit Erschlaffung des Sphinkters einhergingen, und zwar mit gutem Erfolg bei funktioneller Inkontinenz, erfolglos in allen chirurgischen Fällen.

3. **Verbesserungen an meinem Uretercystoskop,** von H. Wossidlo - Berlin. Technisches.

4. **Thyresol in der Behandlung der blennorrhoischen Urethritis und Cystitis,** von Nicolo la Mensa-Palermo. Empfehlung des Thyresol.

5. **Die endemische Funiculitis und Bilharzia,** von Edwin Pfister - Kairo. Bei der Bilharzia kommt es neben Hoden- und Nebenhodenerkrankung auch zur Beteiligung des Samenstranges und zwar am häufigsten in Form einer durch bakterielle Sekundärinfektion entstehenden Lymphangitis, seltener zu einer eitrigen Phlebitis. Als pathogener Mikroorganismus ist ein Diplo-Streptococcus zu betrachten. Auſserdem kann es aber durch direktes Einwandern der Eier zu sklerotischen Veränderungen kommen. *W. Lehmann-Stettin.*

Annales des Maladies vénériennes.

Band IV, Heft 11. November 1909.

1. **Kritischer Überblick über die Arbeiten betreffend Atoxyl und klinische Beobachtungen über Arsacetin in der Behandlung der Syphilis,** von G. B. Dalla Favera-Parma. Im ersten Teil der Arbeit wird neben der Hervorhebung der Giftigkeit des Atoxyls darauf hingewiesen, daſs die pharmakologisch wirksame Substanz nicht das Atoxyl selbst ist, sondern sich erst im lebenden Organismus selbst aus dem Atoxyl bildet, daſs aber die Natur dieser sekundären aktiven Produkte vorläufig unbekannt ist.

Im zweiten Teile werden von 43 mit gutem Erfolge mit Arsacetin behandelten Fällen 12 berichtet. Das Literaturverzeichnis zählt über 80 Nummern.

2. **Die Injektionen von grauem Öl in der Behandlung der Syphilis in der städtischen Poliklinik zu Brest,** von Moran. Vorzügliche Erfahrungen in achtjähriger Tätigkeit; Schädigungen lassen sich bei geeignetem Vorgehen immer vermeiden, so daſs es gerade für ambulante Behandlung kein besseres Mittel gibt, das bei leichter Anwendbarkeit so prompte Wirkung entfaltet.

3. **Wie kann man ohne anästhetische Zusätze die Toleranz gegen lösliche Quecksilberinjektionen erhöhen?** von A. Desmoulière und L. Lafay. Empfehlung des Hg-Benzoats in der (schon öfter mitgeteilten) Formel von Gaucher.

W. Lehmann-Stettin.

Bücherbesprechungen.

Die Lichtbehandlung; ihre Vorteile in der Behandlung des Lupus vulgaris, von Léon Friedman. (Vigot Frères, Paris 1910.) Kurzer Abriſs über die Entwicklung der Lichtbehandlung, ihre Grundlagen und Technik. Beschreibung und Abbildung der Apparate nach Finsen, Lortet und Genoud, Finsen-Reyn, Kromayer

sowie der Dermo- und Uviollampe. Auch einiges über die speziellen Indikationen der letzteren Lampen, die für den Lupus vulgaris erst in zweiter Linie in Frage kommen, entsprechend der gröſseren Zahl der in der Literatur niedergelegten Äuſserungen. Am wertvollsten ist das reiche Literaturverzeichnis, das 420 Nummern umfaſst. *W. Lehmann-Stettin.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhaut.*

Arthropathische Psoriasis, von Brocq. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 35.) Die ziemlich seltene arthropathische Psoriasis, bei der Gelenkerkrankungen der Eruption entweder vorausgehen oder nachfolgen, zeichnet sich durch Neigung zur Generalisierung der Hauterscheinungen und zur Vergröſserung und zur entzündlichen Rötung der Plaques aus; an den Nägeln der Finger findet man oft Abblätterung und Punktierung, an den Nägeln der Zehen die Erscheinungen der Onychogryphosis. Wie bei gewissen Rheumatismen wirkt auch bei arthropathischer Psoriasis Thyreoidin gewöhnlich sehr gut; wo dieses versagt, sind Quecksilberinjektionen angezeigt. Am meisten sind Kalomelinjektionen zu empfehlen, die aber bei Nierenaffektionen und bei „Kranken mit Varicen“ kontraindiziert sind und auch von manchen anderen Patienten nicht vertragen werden; in solchen Fällen ist ein Versuch mit Einspritzungen löslicher Quecksilbersalze am Platze. Da die Haut bei arthropathischer Psoriasis auch auf geringe Reize oft mit starken entzündlichen Erscheinungen reagiert, beginne man die örtliche Behandlung stets ganz vorsichtig mit Applikation schwacher Teer-, Salicylsäure- oder Ichthyolsalben, und nur wenn diese keine Reizerscheinungen hervorrufen, kann man zur Anwendung stärkerer Teerpräparate und in hartnäckigen Fällen zum Gebrauch von Acidum pyrogallicum und Chrysarobin übergehen. *Götz-München.*

Überempfindlichkeit bei Psoriasis vulgaris, von Josef Sellei - Budapest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. 34 u. 35.) In acht Fällen von Psoriasis vulgaris hat S. mit einer aus den Psoriasiseffloreszenzen hergestellten Emulsion subkutane Injektionen vorgenommen und dabei nicht nur an der Injektionsstelle eine lokale, in den meisten Fällen sehr heftige Reaktion gesehen, sondern auch nach ganz kurzer Zeit eine Temperaturerhöhung und verschiedentlich eine frische Psoriasiseruption, die an den Rändern der in Rückbildung begriffenen Stellen am augenfälligsten war. Aus einem Kontrollversuch ging weiterhin hervor, daſs die Extraktionsstoffe der normalen Haut bei dem psoriatischen Prozeſs indifferent zu sein scheinen. *W. Lehmann-Stettin.*

Komplikation von Psoriasis und Syphilis, von B. Leopold-Budapest. (*Orvosi Hetilap* 1909. Nr. 21.) Der Patient hatte vier Jahre vorher ein ähnliches Leiden in Form von zerstreuten Flecken, die sich anfangs namentlich auf den Unterschenkeln lokalisierten, später aber auch auf dem Körper in Form von fünfkronengroſsen Plaques. Ärztlicher Behandlung wurde er wiederholt teilhaftig. Er wurde mit Teer und Salben behandelt; sein Leiden nahm zwar ab, verschwand aber nicht vollkommen. Jetzt leidet er wieder daran, und zwar in dem Maſse, daſs er das Spital aufsuchen muſste. Bei der Aufnahme hatte er auf dem ganzen Körper und den Gliedmaſsen, so auch

auf der behaarten Kopfhaut lokalisierte, generalisierte Psoriasis. Auf dem Sternum waren zwei bis drei stark infiltrierte, runde, kaum schuppende, sepiabraune Plaques, die auf eine Luesinfektion schliefsen liefsen. Der Patient gibt über eine Genitalerkrankung keinen Aufschlufs. Im Sulcus coronarius war aber die Spur einer Sklerose zu finden. Aus den braunen Plaques, die für eine hämotogene Äufserung der Syphilis gehalten wurde, nahm man eine Spirochätenuntersuchung vor, doch mit negativem Erfolge, während die zu gleicher Zeit vorgenommene Wassermannsche Reaktion positiv war. Nach einer neuerlichen gründlichen Untersuchung wurden auf den Lippen zwei kleine, linsengrofse sekundäre Papeln entdeckt, in denen Spirochaeta pallida leicht nachzuweisen war. Bei der Krankenvorstellung war das Bild viel auffallender und charakteristischer; der ganze Körper und die Gliedmafsen waren mit einem grofspapulösen luetischen Exanthem übersät. *Porosz-Budapest.*

Parapsoriasis von Brocq. Gemischte Form (Plaques und Papeln), von Louis Queyrat und Pautrier. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris* 1907. 19. Juli.) Der Patient hatte an der Achselhöhle, auf der Vorderseite der Arme, auf dem Bauch, den Lenden, dem Rücken, den Waden, den Inguinalfalten unregelmäfsige Flecken von Stecknadelgröfse bis zu 5—6 qcm. Dieselben sind rotbraun, nicht schmerzhaft und nicht juckend. Auf der Brust und den Vorderarmen sind einige davon deutlich erhaben (Papeln). Die Flecken und Papeln schuppen leicht, darunter ist die Cutis von kleinen purpuraartigen Punkten besät, die aber nicht wie bei der Psoriasis bluten und auf Druck nicht verschwinden. Mikroskopisch fanden die Autoren Ödem und Infiltration des Papillarkörpers, perivaskuläre Infiltrate bis in die mittlere Cutis, nach oben bis in die Spitze der Papillen, keine epitheloiden Zellen, keine Plasmazellen, sondern nur Lymphocyten, fixe Bindegewebszellen, sogar richtige Herde von polynucleären Leukocyten, aber ohne Vereiterung. Die Epidermis zeigt eine Einwanderung von vielen Leukocyten und eine partielle Degeneration der Basalzellen. Aufserdem eine kompakte, homogene Schuppe. Keine Parakeratose.

Gunsett-Strafsburg.

Über Parapsoriasis, von Franz Veress-Kolozsvár. (*Gyógyászat* 1909. Nr. 23.) Verfasser fühlt sich auf Grund der beschriebenen Fälle und der Aufzeichnungen in der Literatur berechtigt hervorzuheben: Die Parapsoriasis ist ein selbständiges, einheitliches Hautleiden, das grofse Polymorphie und voneinander in vielen Beziehungen abweichende klinische Varietäten charakterisieren. Parapsoriasis als Sammelbegriff fafst in sich alle Begriffe, die unter folgenden Namen beschrieben worden sind: Parakeratosis variegata, psoriasiformes und lichenoides Exanthem, Dermatitis psoriasiformis nodularis, Pityriasis lichenoides chronica, Morbus Jadassohn, Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées, Parakeratosis psoriasiformis, Lichen variegatus, Erythrodermia squamosa, Psoriasis en gouttes d'aspect syphiloide etc. Diese Krankheitsbilder unterscheiden sich morphologisch in vielen Beziehungen, insofern sie einesteils aus glattflächigen, teilweise mit Schuppen bedeckten Papeln, teilweise aus kleinen rundlichen, scharf geränderten, rötlich schuppenden Flecken, anderenteils aus grofsen, scharf oder verwaschen geränderten, ebenfalls schuppenden oder sich schälenden Flecken, in anderen Fällen aber aus durch Verschmelzung dieser Veränderungen enstehenden launenhaft geformten ringförmigen, netzartigen oder marmorierten Veränderungen bestehen. Diesen Unterschieden gegenüber verraten aber eine überraschende Ähnlichkeit sämtliche übrige Eigenschaften und Symptome. In sämtlichen Fällen war nämlich a) die Ätiologie der Krankheit unbekannt; b) die Entstehung erfolgt von selbst und latent aus einem primären Flecken oder einer Papel, der ähnliche, aber anfangs immer abgesonderte Effloreszenzen folgen; c) der Ausschlag breitet sich ohne besonderes System auf die ganze Haut, sogar manchmal, wie in Rieckes Falle, auch auf die Schleim-

haut des Mundes aus; zumeist bleiben aber die Kopfhaut, die Handflächen und die Sohlen wie auch die Nägel frei; d) die Ausschläge bilden sich manchmal auch von selbst zurück. Sie verschwinden zuweilen nach einigen Monaten ganz, vermehren sich aber von neuem. In dem aufsergewöhnlich eintönigen Verlaufe der Parapsoriasis können also Besserungen mit Erneuerungen abwechseln; e) die Symptome einer akuten Entzündung, als Eiterung, Nässen, Blasen- oder Pustelbildung sind niemals sichtbar; f) die Krankheit überfällt eher jüngere, scheinbar gesunde Individuen, zumeist Männer; g) subjektive Symptome, aufser den in einzelnen seltenen Fällen beobachtetem Jucken, treten niemals auf; h) die Prognose ist ad sanationen completam vollkommen hoffnungslos, quoad vitam günstig; i) die Heilungsneigung ist sehr gering. Sie kann am ehesten mit Chrysarobin- und Pyrogallussalben beeinflufst werden, nach deren Anwendung die Ausschläge zeitweilig verschwinden können. Wir können aber kühn behaupten, dafs die Parapsoriasis eine unheilbare Krankheit ist; k) im Gewebe finden wir mit grofser Konsequenz kleinere oder gröfsere und oberflächliche Entzündungen, mit mäfsiger Parakeratose gepaart. *Porosz-Budapest.*

Die Behandlung der Schuppenflechte, von Hübner. (*Fortschr. d. Med.* 1909. Nr. 25.) Nichts Neues. *Haas-Hamburg.*

Die Anwendung von Chrysarobin bei Psoriasis, von Walker. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 26 aus *Scottish med. u. surgic. Journ.* 1908. April.) W. empfiehlt die bekannte Dreuwsche Chrysarobinsalbe. *Schourp-Danzig.*

Seborrhoea oleosa und Seborrhoea crustosa, von Gaucher. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 38.) Kurze Beschreibung der Seborrhoea oleosa und der zur Krustenbildung führenden Form der Seborrhoe. Die Seborrhoea oleosa kommt nach G. besonders bei Arthritikern mit gastrointestinalen Störungen, bei Nervösen und Neurasthenikern, die krustöse Form bei Kranken mit verminderter Salzsäureproduktion vor. Der Weichselzopf ist nach G. eine hochgradige krustöse Seborrhoe des ganzen behaarten Kopfes, die in den stärksten Formen durch Phthiriasis oder Favus kompliziert ist. Zur Behandlung der Seborrhoea crustosa empfiehlt G. nach Beseitigung der Krusten Waschungen mit Boraxlösung oder ammoniakhaltigem Wasser, am behaarten Kopfe Waschungen mit Benzin oder mit einer Abkochung von Quillajarinde (etwa 8 : 1000) zu gleichen Teilen mit Alkohol gemischt. — Als besondere Arten der Seborrhoea führt G. die Acné sébacée partielle und die seborrhoischen Papillome der Greise, sowie die physiologischen Seborrhöen an, zu denen der Fettüberzug des Fötus und die Crusta lactea gehören. *Götz München.*

Die Behandlung des Haarausfalls, von Hübner - Marburg. (*Ther. Monatsh.* 1909. Juli.) Zur Behandlung der seborrhoischen Alopecie empfiehlt Autor Kopfwaschungen mit Hebraschem-Kaliseifenspiritus und heifsem Wasser. Danach Einpinseln des Sedimentes folgender Verordnung auf die Kopfhaut:

Flores sulfuris 15,0, Glycerini gutt. V, Spirit. vini ad 100,0. Bei Behandlung der Alopecia areata hätte die Röntgen- und Lichtbehandlung wohl erwähnt werden müssen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Hyperkeratosis subungualis (Unna) als Röntgenwirkung, von Wehrsig-Halle a. S. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 32. Illustriert.) Das Kapitel der Schädigungen durch Röntgenstrahlen vermehrt W. durch Mitteilung seiner eigenen Krankengeschichte: Nach zweimonatlicher Beschäftigung auf einer chirurgischen Station, auf welcher er täglich mit dem Röntgenapparat zu arbeiten hatte, bemerkte er eine zunächst als Sublimatwirkung gedeutete, ekzematöse Rötung an den Händen. Nach zeitweiliger Besserung trat noch eine ausgesprochene Hyperkeratose erst an einzelnen, schliefslich an allen Fingern unter dem Nagel hervor; letztere hingen schliefslich nur an der Lunula mit dem Nagelbett zusammen, waren glanzlos, splitternd

und (anders als in den von UNNA beschriebenen Fällen) erheblich verdickt. Nach Vermeidung jeglicher Berührung mit den Röntgenstrahlen und fortgesetzter Behandlung ist die Affektion gebessert, aber noch immer in einem ziemlich deutlichen Grade vorhanden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Porokeratosis MIBELLI (Hyperkératose figurée centrifuge atrophiante de RESPIGHI-DUCREY), von L. BROCQ und PAUTRIER. (*Tribune médicale* 1907. 22. Juni und *Bull. et mém. de la soc. des Hôp. de Paris* 1907. 28. Juni.) Der Fall betrifft ein 17jähriges Mädchen, bei dem seit dem achten Monat Hautveränderungen auf der rechten Wange aufgetreten waren. Im Laufe der Zeit kamen dieselben auch auf den Rand des Ohres, den Nacken, die Hand. Die Veränderungen bestehen in blaſsen, weiſslichen Plaques, auf welchen kleine, stecknadelkopfgroſse Punkte zerstreut sind, die den Talgfollikeln entsprechen. Eine Menge Lanugohaare begleiten sie. Der Rand der Plaques besteht aus erythematösen Zonen, welche von einer bräunlichen Hornmasse bedeckt sind, die fest adhärieren. Mikroskopisch zeigt die Epidermis Hyper- und Parakeratose, die Cutis eine diffuse Infiltration mit Gefäſserweiterung. Talgdrüsen normal. Kurz ein typischer Fall von Porokeratose.

Gunsett-Straſsburg.

Über die Mikrosporieepidemie in Schöneberg, von HUBER. (*Med. Klinik* 1909. Nr. 21.) Bericht über den Verlauf der Mikrosporieepidemie, die im Sommer 1908 in Schöneberg zum Ausbruch gekommen ist und dank den energischen Maſsnahmen der Gemeinde in kurzer Zeit zum Stillstande gebracht wurde. Um die Zahl der Kranken genau festzustellen, wurden in jede Volksschule drei bis vier Ärzte geschickt, denen mehrere Friseure beigegeben waren, um den Kindern vor der Untersuchung die Haare mit Maschinen kurz zu schneiden. Später wurden die Untersuchungen auch auf die höheren Knabenschulen ausgedehnt. Ferner wurden die Familien und Nachbarn der erkrankten Kinder in ihren Wohnungen untersucht. In ganzen sind etwa 10 000 Kinder untersucht worden, wozu 50 Ärzte nötig waren. Das Gesamtresultat waren 84 Fälle. Von diesen waren 28 Kopfmikrosporie, die übrigen leichte Hautfälle. In zwei Familien sind je 5 Fälle, in einer 4 Fälle, in drei je 3 Fälle, in vier je 2, in drei je 1 Fall gefunden worden. Wo Erkrankungsfälle vorgekommen waren, wurde die nötige Desinfektion auf Gemeindekosten ausgeführt. Der erfolgreiche Kampf mit der kleinen Epidemie kostete die Stadt 18 000 Mark.

Die Entscheidung für die Differentialdiagnose liegt nur in der Kultur. Das einzig brauchbare Mittel zur Heilung der Krankheit ist die Bestrahlung mit Röntgenlicht.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Tinea tonsurans, von R. L. SUTTON-Kansas. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 52. Nr. 26. Aus *Americ. Journ. of the Medic. Science.* März 1909.) Bei Tinea tonsurans des Kopfes und behaarter Körperteile empfiehlt S. die Anwendung von Jodtinktur und nach wenigen Minuten darauf die Pinselung mit 2%iger Sublimatlösung.

Schourp-Danzig.

Tinea cruris et axillaris in der Kanalzone, von ALFRED G. FARMER-Gatun. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53. Nr. 12.) Das Leiden ist bei den Angehörigen der wirtschaftlich schwachen Stände auſserordentlich häufig. Die Behandlung besteht in Bädern, Anwendung von grüner Seife, Schwefelsalbe und Jod.

Schourp-Danzig.

Eine Epidemie von Tinea cruris, von J. O. SYMES-Bristol. (*Brit. med. Journ.* 8. Mai 1909.) In einem Knabeninternat erkrankten 16 von 45 Schülern an typischer Tinea marginata mit Lokalisierung teils am Perineum und den angrenzenden Teilen der Oberschenkel, teils an der Leistenbeuge oder Achselhöhle. Als Verbreitungsmodus war der gemeinsame Gebrauch des Bades resp. der Handtücher zu beschuldigen.

Geschabsel von den Rändern der Läsionen ergaben einen sehr großsporigen Fungus mit reichlicher Mycelbildung. Zur Behandlung verwendete Verfasser vorwiegend Pinselungen mit starker Jodtinktur und nach Ablösung der Epidermis Einreibungen mit einer Salbe von Schwefel mit Quecksilberammoniak. Heilung erfolgte in durchschnittlich fünf Wochen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Eine vereinfachte Methode der Röntgenbestrahlung zur Behandlung der Trichophytie der Kopfhaut (Kienböcks Verfahren), von H. G. Adamson-London. (*Lancet.* 15. Mai 1909.) Verfasser hat mit dieser von Kienböck empfohlenen Methode der Einteilung der gesamten Schädeloberfläche in fünf Felder und Vermeidung der Doppelbestrahlung der Grenzgebiete derselben durch Neigung der betreffenden Kopfpartie in einem bestimmten Winkel zu der Strahlenrichtung bei 75 Fällen gute Resultate gehabt. Er findet, daſs die zur Erzeugung des nötigen Haarausfalls erforderliche Exponierungsdauer sich damit auf $1^1/_2$ Stunden vermindert gegenüber seinen füheren Sitzungen von $2^1/_2$ und 3 Stunden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung der Trichophytie der Kopfhaut mittels Röntgenbestrahlung, von J. M. H. Macleod-London. (*Lancet.* 15. Mai 1909.) Verfasser hat diese Methode seit 1904 geübt und verfügt über eine Serie von 370 Fällen, aus denen hervorgeht, daſs dies Verfahren, nach den von Sabouraud aufgestellten Regeln ausgeführt, bei weitem die besten Resultate erzielt, sowohl was die Sicherheit des Erfolges, die Dauer der Kur und die Einfachheit der Anwendung betrifft. Allerdings ist dazu eine gründliche Kenntnis der Röntgenbehandlung an sich nebst gewissenhaftester Beobachtung aller Vorsichtsmaſsregeln unbedingt erforderlich. Verfasser behandelt im Anschluſs an die Sabouraudsche Vorschrift mit einer einmaligen Bestrahlung des ganzen affizierten Gebietes in einer Sitzung. Er kontrolliert mit der Sabouraud-Noiréschen Papille und exponiert als Regel 15 Minuten bei 15000 Unterbrechungen. Die Entfernung der Röhre vom Kopfe ist auf 15 cm bemessen. Die Spannung ist auf sechs bis sieben mit dem Benoistschen Radiochronometer gestellt bei etwa $^1/_2$ Milliampère Strom in der Sekundärleitung. Nach der Bestrahlung wird abends regelmäſsig die ganze Kopfhaut mit einer 3%igen Salicylsäure- und Schwefelsalbe eingerieben, und morgens wird eine Karbolglycerinlösung (1 : 8) appliziert. In der dritten Woche wird, bis die Haare vollständig ausgefallen sind, der Kopf täglich gewaschen. Da von seiten der Angehörigen oft Bedenken geäuſsert sind, daſs die Bestrahlung dem Gehirn schaden könne, hat Verfasser Versuche mit Stückchen von Schädelknochen und Haut angestellt, aus denen sich klar ergibt, daſs die Wirksamkeit der Strahlen durch die Interposition von selbst dünnen Schädelknochen gänzlich aufgehoben wird. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Trichophytia maculosa universalis, von Emil Brezovszky-Budapest. (Krankenvorstellung im Verein der Spitalsärzte. 2. Februar 1909.) Bei einem 25jährigen Zimmermaler trat vor einem Monat um den Nabel herum unter heftigem Jucken eine hellergroſse, lebhafte Hyperämie auf, die an der Peripherie kleine Bläschen zeigte. Der Fall war auf Herpes tonsurans verdächtig. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte diese Annahme. Trotz der Behandlung mit Jodtinktur vermehrten sich die Herpes tonsurans-Plaques. *Porosz-Budapest.*

Röntgentherapie des Favus, von Alfred Huber-Budapest. (*Böres Bujakórtan.* Nr. 1. Beiblatt des *Budapesti Orvosi Újsag.* 1909). Dem Verfasser ist es gelungen nach eintägiger Behandlung Favus zu kurieren. Mit schwacher Strahlendosierung erreichte er in acht bis zehn Tagen vollkommene Depilation. Der Kopf wurde ganz kahl und gesunde Haut war sichtbar. Ein bis zwei Wochen später zeigte sich schon lanugoartiges Haar, das später normal wurde, so daſs das vorhandene Haar gesund geblieben ist. Die oft in barbarischer Weise ausgeführte Epilation blieb aus. Von

der Stirne bis zum Nacken bestrahlte er auf drei Stellen, seitwärts auf zwei Stellen in sieben Teilen die ganze Kopfhaut. Das ist seines Erachtens das Wichtigste. Mit Bleiplatten müssen nur die Ohren geschützt werden, da sonst die Dosierung nicht gleichmäfsig ist. 10—15 Minuten exponierte er jeden Punkt und so beendete er nach einander mit den Pausen zusammen an einem Vormittag die Behandlung. Er behandelte 30 Fälle. Der Erfolg war sicher, vollkommen und dauernd. Rezidive kamen nicht vor. Seit der Behandlung des ältesten Falles sind fünf Jahre verstrichen. Alopecie blieb nur, wo schon vor der Behandlung eine solche vorhanden war.

Porosz-Budapest.

Die Verwendung von Petroleum zur Behandlung von Favus, von H. Lawrie-Ramsbottom. (*Brit. med. Journ.* 29. Mai 1909.) Bei zwei Knaben mit ausgedehntem, zweifellosem Favus der Kopfhaut erzielte L. binnen vier Wochen vollständige Heilung, indem er täglich das affizierte Gebiet nach gründlichem Abwaschen mit Seife und warmem Wasser mit gewöhnlichem Petroleum tränkte. Zur Bedeckung diente eine gut anschliefsende Mütze von Baumwolle. Die vorher angewandten sonst üblichen Mittel hatten wenig Nutzen gebracht.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Mykosis des Zungenepithels entwickelt in der Umgebung eines Carcinoms, von A. Branca und A. Bassetta. (*Arch. de parasitologie.* Bd. 13. Nr. 2. 1909.) Die Verfasser fanden in der Umgebung eines Carcinoms auf der Oberfläche der normalen Mucosa gruppenweise angeordnete ovoide Massen, welche sich schon makroskopisch vom Carcinom unterscheiden liefsen. Mikroskopisch waren es homogene oder fein granulierte Körper, welche sich mit Eisenhämatoxylin-Eosin-Lichtgrün grün färbten, während der Rest der Präparate rosafarben war. Sie enthielten aufserdem Einschlüsse, welche sich bei dieser Färbung schwarz färbten. Diese Einschlüsse haben entweder die Form dicker Stäbchen und Bänder oder die Gestalt von langen, dünnen Filamenten, die oft knäuelförmig verwickelt sind. Jedes Filament besteht wieder aus einzelnen Körnern, welche, ohne zu prominieren, die ganze Dicke des Fadens einnehmen. Die kolloidalen Massen mit ihren Einschlüssen sind vom umgebenden Epithel entweder durch eine lineare Spalte getrennt oder mit ihm durch richtige Protoplasmabrücken verbunden. Da sie aufserdem oft einen zwar degenerierten Kern enthalten, so halten die Autoren dieselben für alterierte Epithelzellen, deren Zellkörper hypertrophiert und deren Cytoplasma kolloidal degeneriert. Diese Veränderungen werden durch die eingeschlossenen Filamente hervorgerufen, welche die Autoren als Pilze ansprechen.

Gunsett-Strafsburg.

Reizversuche bei einem Fall von Pemphigus und bei einem blasigen pemphigusähnlichen Exanthem. (Vorstadium der Mycosis fungoides). Mit besonderer Berücksichtigung der Lichtwirkung, von S. Reines-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 19.) Bei einem Falle von Pemphigus konnte eine gewisse Irritabität des Hautorgans gegenüber verschiedenartigen Einflüssen beobachtet werden, wobei besonders das Verhalten gegen kurzwellige Strahlen — Quarzlicht — hervorzuheben war. Es konnten Pemphigusblasen an intakten Hautstellen erzeugt werden mit Irritantien bezw. Lichtdosen, die bei gesunden Kontrollpersonen kaum eine Rötung hervorriefen. Dafs das Gefäfssystem mit seiner in dem Falle bestehenden Labilität der Angriffspunkt für die verschiedenen Irritationen sein kann, wird auch wahrscheinlich gemacht durch die subjektiven Reaktionen auf strahlende und leitende Wärme und durch den bestehenden lebhaften Dermographismus. Dasselbe Verhalten der Haut liefs sich konstatieren bei einer Affektion, die ursprünglich für einen kleinblasigen Pemphigus gehalten wurde, während der weitere Verlauf ergab, dafs es sich

unzweifelhaft um die höchst seltene Form eines prämykotischen Stadiums gehandelt hatte. Auch hier war das Verhalten gegen ultraviolettes Licht bemerkenswert.

W. Lehmann-Stettin.

Bericht über einen Fall von Pemphigus bei einem 90jährigen Greis; Genesung, von J. G. Glover †. (*Lancet*. 3. April 1909.) Der entschieden ungewöhnliche Fall betraf einen sonst sehr gesunden 90jährigen Mann, der zuerst an einem mäfsigen Ekzem gelitten hatte und dann sieben Monate hindurch allmählich zahlreicher werdende Pemphigusblasen an verschiedenen Körperstellen aufwies. Eine trotz der Darreichung von Fowlerscher Lösung eintretende Exacerbation erreichte einen lebensbedrohenden Grad, wandte sich aber nach einigen Gaben von Morphium prompt zur Besserung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pemphigus neonatorum oder Impetigo bullosa contagiosa der Neugeborenen, von O. H. Foerster-Milwaukee. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53. Nr. 5.) An der Hand der Literatur stimmt der Verfasser der Ansicht Knut Fabers — *diese Monatshefte* 1890, S. 253 — zu, dafs es sich bei dem Pemphigus neonatorum um eine bullöse Form der Impetigo contagiosa handelt. Die Verbreitung der Ansteckung durch die Hebammen hat in Preufsen zur Folge, dafs jeder Krankheitsfall anzeigepflichtig ist. Die Behandlung der Krankheit entspricht der der Impetigo contagiosa der Erwachsenen. Vor allem empfiehlt F. Bäder in Lösung von Kalium permanganicum.

In der Diskussion weisen John A. Fordyce und Douglas W. Montgomery darauf hin, dafs in vielen Fällen der Streptococcus, in anderen wieder der Staphylococcus als ursächlicher Erreger gefunden wurde. Pusey-Chicago berichtet von einer Epidemie mit 30% Todesfällen. *Schourp-Danzig.*

Sycosis parasitaria (Trichophytia profunda), von A. Havas-Budapest. (Krankenvorstellung im Verein der Spitalärzte, 2. Februar 1909.) Vortrefflich bewährte sich das Heilverfahren, welches Verfasser nach Jarisch anzuwenden pflegt. Er macht mit einer 10%igen Lösung von Plumb. acetic. basic. solut. Kompressen auf die kranken Stellen, um den Grund zu erweichen. Dann wäscht er mit Seife die Haut, deckt die ganze Fläche mit in Jodlösung getauchter Leinwand zu und legt den ganzen Tag heifse Breikompressen auf. Abends Seifenwaschung und nachts wieder Bleiweifsumschläge, die mit impermeabilem Stoff bedeckt werden. Der 25jährige Landmann gibt an, dafs eines seiner Pferde gräuliche, schuppende, haarlose oder halbkahle Flecken hatte. Beim Patienten können zurzeit auf dem bärtigen Teile der Gesichtshaut bis zum Nacken und zum Rande der behaarten Kopfhaut reichende rote, hirsekorn- oder hanfsamengrofse, 1—2 cm hoch emporragende Knoten, Bläschen oder mit braunem Grund bedeckte ungleiche Stellen beobachtet werden, die sehr empfindlich sind und aus denen sich gelblich-grüner Eiter entleert. Das Haar fällt bei loser Berührung aus. Auf der vorderen Seite des Halses bis auf den Brustkorb reichende und auf beiden Handrücken scharf begrenzte, am Rande stark schuppende, fünfkronengrofse Gebilde. Die übrigen Organe zeigen keine Abweichung.

Porosz-Budapest.

Die aktive Immunisierung bei Akne, Furunkulose und Sykosis, von Josef Sellei-Budapest. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 43.) S. hat 45 Patienten nach Wright behandelt und kommt zu folgenden Resultaten: Die aktive Immunisierung mit Staphylokokkenvaccine kann bei den verschiedenen Staphylomykosen der Haut zur Besserung führen; man sieht Fälle mit frappierendem Erfolg, aber auch solche mit nur sehr langsamer Besserung. Die besten Erfolge waren bei Furunkulosis zu konstatieren, weniger bei Sykosis und am wenigsten zufriedenstellend bei Akne. Das von dem einzelnen Patienten für denselben direkt hergestellte Autovaccin ergab

bessere Resultate als von fremdem Stamm hergestelltes. S. gibt ferner eine eigene Modifikation zur Herstellung der Vaccine an. *W. Lehmann-Stettin.*

Über die Ätiologie der Akne vulgaris und deren Behandlung mittels Vaccine, von A. Fleming-London. (*Lancet.* 10. April 1909.) Verfasser hat den Unnaschen Aknebacillus bei 44% der von ihm untersuchten Fälle als einzigen Mikroorganismus nachgewiesen; bei 53% fand sich derselbe im Verein mit Staphylokokken, in sechs Präparaten waren keinerlei Bakterien nachzuweisen und in einem nur der Flaschenbacillus. Zum Anlegen von Kulturen erwies sich ein mit Ölsäure versetzter Glycerin-Agar-Agar als das beste Medium. Derselbe wird hergestellt durch Neutralisieren des Agars mit Salzsäure und Zusatz von 2% Glycerin und 1% Ölsäure, worauf in der üblichen Weise sterilisiert wird. Auf diesem Nährboden wuchsen schon Kolonien in 24 bis 48 Stunden deutlich aus, wesentlich schneller als auf dem Sabouraudschen Medium. Was die therapeutische Verwendung von Vaccinen betrifft, so werden wie an einigen mitgeteilten Krankengeschichten erläutert wird, die besten Resultate erzielt durch Verwendung der von dem jeweiligen Falle selbst gewonnenen Kulturen, während der Gebrauch einer Vorratsvaccine sich nicht so wirksam erweist. Dies stimmt mit sonstigen Erfahrungen überein. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

b. *Cutis.*

Untersuchungen über die Ätiologie des Erysipels und analoger Infektionen, von P. N. Panton und J. E. Adams-London. (*Lancet.* 9. Okt. 1909.) Um weitere Aufschlüsse über die dem Erysipel zugrunde liegenden bakteriologischen Faktoren zu erlangen, haben Verfasser eine Serie von 60 Krankheitsfällen eingehend untersucht. Von diesen waren 38 zuverlässig als Erysipelerkrankungen zu diagnostizieren; bei zwölf handelte es sich um Phlegmone, fünf werden als Erytheme zweifelhafter Art bezeichnet, und fünf waren typische Lymphangitiden. Am häufigsten wurde bei den Erysipelkranken ein Streptococcus (29 mal) als Causa morbi festgestellt, und zwar meistens ein solcher von der Art des S. pyogenes, während vier Fälle den Streptococcus faecalis aufwiesen und einer einen Pneumococcus. Die Züchtung von Reinkulturen gelang in 23 Fällen, während bei den übrigen dies wegen gleichzeitiger Anwesenheit von anderen Mikroorganismen sich als unmöglich erwies. Von den zwölf Phlegmonefällen ergaben zehn einen Streptococcus, und die Lymphangitiden lieferten alle den Staphylococcus aureus. Verfasser ziehen aber aus ihren Untersuchungen den Schluſs, daſs man nicht berechtigt ist, eine bestimmte Bakterienart als alleinigen Erreger des Erysipels zu bezeichnen, und daſs dies Leiden sich von der Phlegmone ätiologisch nur durch die spezielle Lokalisation des Virus unterscheidet.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Das Erysipel im Greisenalter, von Hermann Schlesinger. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 32.) Verfasser verfügt über eine Statistik von 2664 Erysipelfällen, von welchen 288 auf Altersklassen über 60 Jahre (10,8%) entfallen. Unter 224 Fällen waren 133 Greisinnen und 91 Greise. Was den Verlauf anbelangt, so ist es zunächst auffallend, daſs auch bei schwerem Allgemeinzustand und trotz Atheromatose das Herz relativ wenig angegriffen wird. Wenn es zu Herzveränderungen kommt, so sind sie nicht durch das Erysipel, sondern durch die Folgezustände und Komplikationen hervorgerufen. Der Blutbefund zeigt in der Regel eine mäſsige Leukocytose, die den Ablauf der Herzaffektion ganz erheblich überdauern kann. Als wichtigste Komplikationen und Folgezustände wären zu betrachten: 1. subcutane Abscesse, 2. Phlegmonen, 3. vereiterte Venenthrombosen, 4. gangränöse Prozesse. Etwa ein Viertel der Fälle Verfassers verlief letal. Die Autopsien klärten darüber auf, daſs das Erysipel der alten Leute in den infausten Fällen entweder durch myokarditische Veränderungen

oder durch universelle Sepsiserscheinungen und chirurgische Nachkrankheiten zum Tode führt. Die Therapie ist im wesentlichen dieselbe wie in den jungen Jahren.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Erysipel und Meningitis bei einem Kinde behandelt mit Hexamethylenamin, Heilung, von Herbert N. Rowell-Bockeley. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 20.) Krankheitsgeschichte eines 19 monatigen Mädchens. *Schourp-Danzig.*

Über den therapeutischen Wert der Stauungshyperämie bei Erysipel, von G. Lochmann und Ch. Schöne-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 48.) Die Verfasser haben 85 Fälle von Erysipel mit Bierscher Stauung (Anlegen einer elastischen Binde täglich 22 Stunden lang) behandelt. In der Mehrzahl der Fälle erfolgte nach rasch eintretendem Temperaturabfall und Besserung des Allgemeinbefindens schnelle Heilung, bei 19 Kranken aber blieb die Behandlung wirkungslos. Es scheint, dafs die venöse Stauung bei leichteren und mittelschweren Erysipelen die Widerstandsfähigkeit des befallenen Körperteils gegen die Streptokokkeninfektion zu steigern und die Heilung zu beschleunigen vermag, dafs sie aber bei sehr schweren Infektionen versagt. *Götz-München.*

Die Behandlung des Erysipels mit Karbolsäure und Alkohol, von A. Judd-New York. (*Med. Record.* 13. Febr. 1909.) Die entzündete Oberfläche und deren anscheinend gesunde Ränder werden 2 cm weit ins Gesunde mittels eines Wattetampons mit 95 %iger Karbolsäure gepinselt und, nachdem die Haut vollständig weifs geworden, mit absolutem Alkohol bis zur normalen Rosafärbung der Haut getränkt. Trotz Resorption der Karbolsäure sind Vergiftungen nie beobachtet. Von 82 Fällen, die in den letzten acht Jahren in dieser Weise behandelt wurden, waren 67 binnen zwölf Stunden bis vier Tagen frei von allen Symptomen, in zehn Fällen dauerte es länger und in fünf wurde kein Erfolg gesehen. Gewöhnlich genügt eine Applikation, der dann feuchte indifferente Verbände sich anschliefsen. Trotz der Abstofsung der oberflächlichen Hautschichten kommt es nie zu einer eigentlichen Narbe.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von echter Elephantiasis, vo H. S. Reynolds-Natal. (*Brit. med. Journ.* 12. Juni 1909.) Betraf einen etwa 24jährigen Zulu, dessen linkes Bein seit wohl 16 Jahren affiziert gewesen ist und jetzt einen enormen Umfang aufweist. Die Affektion scheint in Natal im übrigen sehr selten zu sein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über allgemeine Blastomykosis, Bericht über einen Fall von Bryce W. Fontaine, Marcus Haase und Robert H. Mitchell-Memphis Tenn. (*Arch. of internal Med.* Aug. 1909.) Der Fall betraf eine 27jährige Frau, welche am 42. Tage ihrer Krankheit und zwei Tage vor ihrem Tod mit den Erscheinungen einer ungelösten Pneumonie in Behandlung kam. Über den Körper waren zahlreiche Effloreszenzen, im ganzen etwa 600, ausgebreitet, wovon 118 im Gesicht und Kopf lokalisiert waren. Sie waren von Stecknadelkopf- bis zu Zweimarkstückgröfse, oblong in Form, von dunkelroter Farbe, über die Haut erhaben und mit einer schmutzigen, gelben Kruste bedeckt; nach Entfernung der letzteren ward eine unregelmäfsige papillomatöse Oberfläche sichtbar. Die grofsen Effloreszenzen an der Lippe zeigten eine ähnliche papillomatöse Beschaffenheit, waren rund, kleiner und etwas mehr erhaben über der Oberfläche als jene auf der Stirn. An der Hand, ebenso an Armen, Rumpf und Lenden waren ebenfalls zahlreiche solcher papillomatöser Wucherungen. Patientin klagte über keine Schmerzen, Brennen oder Jucken infolge der Hautaffektionen. Die histologische Untersuchung der letzteren wurde erst nach dem Tode vorgenommen, während im Auswurf bei Lebzeiten enorme Mengen von Blastomyceten (ebenso wie bei der autoptischen Hautuntersuchung) gefunden wurden.

Der erste Fall von allgemeiner Blastomykosis ist im Jahre 1894 von Busse-Buschke beschrieben worden und seitdem wurden 23 derartige Fälle, die in der Mehrzahl von Chicago stammten, gesammelt. Die Organismen, welche den ursächlichen Faktor darstellen, die Blastomyceten, gehören zu den Sprofspilzen. Sie sind ovale oder runde Körper, 8—12 Mikromm. grofs, von einer doppelten Kapsel umgeben und ein fein granuliertes Protoplasma, das oft Vakuolen enthält, zeigend. Die Reproduktion vollzieht sich im lebenden Gewebe durch Impfung und in Reinkulturen durch Bildung von Mycelien. Nach Montgomery und Ormsby hat das männliche Geschlecht die Mehrzahl der Fälle (19) geliefert. Da die Lungen so oft primär affiziert sind, mufs der Atmungsapparat als Eingangspforte des Parasiten angesehen werden. Klinisch hat die Blastomykosis der Lungen grofse Ähnlichkeit mit Tuberkulose derselben und wird wohl auch häufig damit verwechselt. Sie kommt jedoch niemals ohne gleichzeitige Veränderungen an Haut oder Unterhautzellgewebe vor; Verfasser glauben, dafs es sich hierbei um Metastasen aus den inneren Organen handle. Die Mikroorganismen können fast immer im Sputum oder im Eiter der Hauteffloreszenzen demonstriert werden, indem man einen Ausstrich mit 1 %ige Kalilauge behandelt. Mit einer Anzahl (17) Abbildungen über den makroskopischen und mikroskopischen Befund.

Stern-München.

Über Blastomykosis, von v. Petersen. (*Russki Wratsch.* 1909. Nr. 33.) Verfasser beschreibt vier eigene Beobachtungen von Blastomykosis. In dem einen Fall war bei einer 56jährigen Frau der linke Handrücken und die Partie über dem linken Handgelenk; in dem zweiten Fall bei einer 50jährigen Frau, welche früher Lues gehabt hatte, die rechte grofse Schamlippe und die Plica genito-femoralis d.; in dem dritten Fall bei einem 30jährigen Mann die Partie des linken Scheitelbeins und im vierten Fall bei einem achtjährigen Mädchen die rechte Schulterregion und die Stirn betroffen. In drei der Fälle handelte es sich um die akneartige Form der Blastomykosis. Die Diagnose wurde durch reichlichen Nachweis von Hefezellen gesichert. Verfasser erzielte durch Thermotherapie, indem er mit heifsem Wasser gefüllte Gummisäcke, zweimal täglich für je 3/4 Stunde, auf die kranken Partien auflegen liefs, Vernarbung der Geschwüre. *Arthur Jordan-Moskau.*

Sporotrichosis Beurmanni. (*Bull. et mém. de la soc. méd. des Hôp. de Paris.*) In mehreren Sitzungen der „Société médicale des Hôpitaux de Paris“ teilt de Beurmann die weiteren Studien, die er allein oder mit Mitarbeitern an der von ihm entdeckten und Sporotrichosis benannten Hautkrankheit anstellte, mit. Frühere Publikationen finden sich des öfteren in den Bänden 44—48 *dieser Zeitschrift* referiert. Es handelt sich bei diesen neuen Veröffentlichungen um klinische Mitteilung neuer Fälle mit teils neuen Lokalisationen, ferner um mikroskopische, kulturelle und experimentelle Studien. Die Titel dieser Arbeiten sind folgende:

1. 13. **Fall von Sporotrichosis. Lokalisation am Arm, Lymphangitis gummosa ascendens,** von de Beurmann und Gougerot. (Sitzung vom 26. Juli 1907.)

2. **Das Saprophytenleben des Sporotrichum Beurmanni in der Mundhöhle, dem Pharynx und Larynx,** von de Beurmann und Gougerot. (Sitzung vom 25. Oktober 1907.) Der Fall wies eine Ulceration am Gaumensegel auf.

3. **Sporotrichotisches Gumma der Katze,** von de Beurmann, Gougerot und Vaucher (gleiche Sitzung). Experimentelle Übertragung der Sporotrichose auf die Katze mit Erzielung eines typischen Ulcus.

4. **Disseminierte gummöse Sporotrichose mit Läsionen des Larynx,** von de Beurmann, Brodier und Gaston (gleiche Sitzung). Die Innenseite der Epiglottis sowie der Larynx waren mit sporotrichotischen Vegetationen bedeckt.

5. **Bemerkung über die Histologie der experimentell erzeugten sporotrichotischen Follikel**, von DE BEURMANN, GOUGEROT und VAUCHER. (11. Oktober 1907.) Die sporotrichotischen Follikel des Tieres zeigen eine grofse Ähnlichkeit mit den tuberkulösen, nämlich zentrale Nekrose und Verkäsung.

6. **Die Sporotrichose der Ratte**, von DE BEURMANN, GOUGEROT und VAUCHER. (Sitzung vom 22. Mai 1908.) Ausführliche pathologische und mikropathologische Monographie.

7. **Amerikanische Sporotrichosen**, von DE BEURMANN und GOUGEROT. (Sitzung vom 22. Mai 1908.) Literarische Besprechung von brasilianischen und argentinischen Fällen von Sporotrichosis.

8. **Sporotrichosis in Verbindung mit Tuberkulose**, von DE BEURMANN, GOUGEROT und VAUCHER. (Sitzung vom 30. April 1909.) Experimentelle Untersuchungen an einem Affen. Bei der Autopsie waren die Lungen sowohl mit sporotrichotischen als mit tuberkulösen Knötchen erfüllt, die oft schwer von einander zu unterscheiden waren.

Gunsett-Strafsburg.

Ein Fall von ausgedehnter Sporotrichose, von BRUNO BLOCH-Zürich. (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1909. Nr. 13.) Der Kranke zeigte eine Mischform: akute Erkrankung mit hohem Fieber und Gelenkschmerzen, schubweises Aufschiefsen von subcutan und intramuskulär gelegenen gummenartigen, derben Tumoren, von oberflächlich gelegenen, zum Teil total vereiternden Effloreszenzen — die bald papulonekrotische Tuberkulide, bald Erythema induratum vortäuschen — von Herden im Gesicht, die mit Tuberkulosis verrucosa grofse Ähnlichkeit haben, und schliefslich einen tiefen Abscefs an den beiden ersten Rippen. Das Sporotrichum Beurmanni liefs sich aus dem Abscefseiter leicht in Reinkulturen von typischem Aussehen gewinnen. Auf Jodkaliumtherapie trat Besserung ein (siehe auch *Med. Klinik*, 1909, Heft 8/9).

Schourp-Danzig.

Vorläufige Mitteilung über einen Fall von Sporotrichose der Haut, von G. ARNDT-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 44.) Mitteilung des ersten in Deutschland beobachteten Falles von Sporotrichose (DE BEURMANN, RAMOND und GOUGEROT-Paris). Bisher wurden Fälle nur in Frankreich, Nordamerika, Brasilien und der Schweiz beobachtet. Es handelt sich um einen Knoten am Vorderarm, der nach einer unbedeutenden Verletzung beim Packen entstand und aus dem sich alsbald ein mäfsig tiefes, unregelmäfsig zackig begrenztes Geschwür bildete. Von diesem Geschwür aus zogen sich zwei etwa fingerbreite, etwas abgeplattete, mit der dunkelrot verfärbten Haut verlötete, gegen die Muskulatur frei verschiebliche Stränge an die Aufsenfläche des Ellenbogengelenks, wo sie sich zu einem bis in die Nähe der Achselhöhle verlaufenden, in seinem letzten Abschnitt ausschliefslich subcutanen und knapp federkieldicken, strangartigen Gebilde vereinigten. Im Verlauf dieser Stränge befanden sich bläulichrote, in der Mitte erweichte Knoten, die am meisten an Gummata erinnerten. Es gelang leicht, auf Maltoseagar Sporotrichum Beurmanni zu züchten.

Arthur Schucht-Danzig.

Über Sporotrichose, von OTTO KREN und MAX SCHRAMEK-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 44.) Besprechung des Krankheitsbildes und Mitteilung eines Falles. Multiple gummöse disseminierte Sporotrichose bei einer 62jährigen Frau.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Sporotrichose, von CH. DU BOIS. (*Revue méd. de la Suisse romande.* 1909. Nr. 10.) Ein 28jähriger Russe bekam Mai 1909 an der Innenfläche des rechten Vorderarms eine rote Proeminenz, welche langsam wuchs und sich mit einer Reihe gleichartiger Knötchen umgab. Im Juni 1909 waren dieselben zu einem Tumor von 5 cm Durchmesser angewachsen, der durch die Aneinanderreihung der kleinen

Knötchen auf ödematöser Grundlage entstanden war und eine rotviolette Farbe hatte. Die Palpation des Tumors läfst noch subcutane Knötchen erkennen, welche die Haut nicht überragen. Die ältesten Knötchen hingegen zeigen Fluktuation und entleeren zum Teil aus runder Öffnung eine rosafarbene, seröse Flüssigkeit, welche graue Bröckchen enthält. Die Läsion ist schmerzlos. Sie erinnert am meisten an manche Herpes tonsurans-Formen der unbehaarten Haut, mit dem Unterschied, dafs bei Sporotrichose die Läsion aus subcutanen Knötchen besteht, dafs die Öffnungen weiter und weniger zahlreich sind und dafs der ganze entzündliche Prozefs weniger akut ist. 14 Tage später entwickelte sich neben diesem Tumor ein haselnufsgrofses, sekundäres Knötchen, an dem die violettrot verfärbte Haut adhärent war. Die Drüsen der Region waren nicht ergriffen.

Mikroskopisch liefsen sich in den grauen Bröckchen Teile von sehr feinen Mycelfäden nachweisen, deren Glieder lang sind, wenig Septen enthalten und keine sporentragende Elemente aufweisen. Es liefsen sich mit Leichtigkeit auf Glukoseagar charakteristische, weifse Kulturen reinkultivieren, deren Rand gestreift war und deren Zentrum sich mit feinen, unregelmäfsigen Windungen umwölbte. Am Ende der dritten Woche wurde die Kultur in der Mitte braun und nach einem Monat total schwarz und fein gefältelt. Die Läsion lag so günstig, dafs der Autor eine lokale Jodtherapie versuchte. Nach 14 Tagen einer täglichen Applikation von Jodaceton war der Tumor geheilt. *Gunsett-Strafsburg.*

Ein Fall von Mykosis fungoides im antemykotischen Stadium, von W. P. MacArthur-Belfast. (*Brit. med. Journ.* 20. März 1909.) Ein 65jähriger Mann leidet seit 15 Monaten an einer sich allmählich über den ganzen Körper ausbreitenden kleiigen Schuppenbildung mit intensivem Juckreiz. Die Haut zeigt erhebliche Verdickung, namentlich an den Streckseiten, unregelmäfsig verteilte braune Pigmentierungen und Schwund der Haare. Die Lymphdrüsen in den Leistenbeugen und Achselhöhlen waren geschwollen und der Patient war nervös und sehr hinfällig. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Mykosis fungoides. Lokale Eosinophilie und Mastzellenleukocytose, die in den mykotischen Tumoren selber auf Kosten der Lymphocyten entsteht, von Pautrier und Fage. (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris.* 20. Nov. 1908.) Im Infiltrate des mykotischen Tumors fand sich eine Eosinophilie und eine Mastzellenleukocytose auf Kosten der Lymphocyten, die sich allmählich mit acidophilen und basophilen Granulationen füllten. Da nun das Blut des Kranken bei einer Zahl von 5 550 000 roten und 4800 weifsen Blutkörperchen und einer prozentualen Zusammensetzung der letzteren von 75% neutrophilen polynukleären, 16% mononukleären, 8% Lymphocyten, 1% polynukleären eosinophilen und 0 Mastzellen ein beinahe vollständiges Fehlen der eosinophilen und Mastzellen aufwies, dabei eine hohe Zahl Lymphocyten, so müssen die Eosinophilie und Mastzellenleukocytose des Tumors an Ort und Stelle entstanden sein.

Im Tumor fehlen die Plasmazellen, sonst finden sich aufser den eosinophilen und Mastzellen nur Lymphocyten mit gewöhnlichem Habitus und embryonale Bindegewebszellen. An manchen Stellen könnte man an Sarkom glauben. Es handelt sich aber weder um wahres Sarkom noch um wahres Lymphadenom, sondern eine Zwischenform. *Gunsett-Strafsburg.*

Beitrag zur Ätiologie und Klinik der Gasphlegmone des Menschen, von Ludwig Cohn. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1908.) Die Ätiologie der Gasinfektionen ist keine einheitliche. Ihre Einteilung vom ätiologischen Gesichtspunkt hat nur bakteriologisches und pathologisch-anatomisches Interesse. Vom Standpunkt des Klinikers ist es am zweckmäfsigsten, „Gasphlegmone“ und „Gasgangrän“ zu trennen. Denn diese

beiden Hauptgruppen der Erkrankung enthalten von vornherein die Indikationen zu verschiedenem therapeutischen Handeln. Bei „Gasphlegmone" kann, wenn nicht ex indicatione vitali radikal eingegriffen werden muſs, ein konservatives Verfahren Platz greifen; bei „Gasgangrän" hat unter allen Umständen möglichst rasch und weit im gesunden Gewebe die Absetzung der betreffenden Extremität zu erfolgen.

Fritz Loeb-München.

Die Behandlung der Furunculosis im Kindesalter und des Pemphigus neonatorum acutus mit Schwitzpackungen und Sublimatbädern, von A. Reiche-Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1909. Heft 5.) Bei Furunculosis werden die Kinder zunächst in ein heiſses Bad gebracht mit folgender Einpackung (innerlich warme Getränke und eventuell Aspirin 0,2—0,3). Hierdurch wird ein Teil der Staphylokokken aus den Schweiſsdrüsenausführungsgängen fortgeschwemmt. In dem gleich folgenden Sublimatbade (1 : 10000) werden die Furunkel inzidiert. Einpackung mit Xeroform. Wiederholung täglich oder seltener.

Die gleiche Therapie empfiehlt Reiche bei Pemphigus neonatorum. Entsprechend den Furunkeln werden hier die Pemphigusblasen im Bade vorsichtig eröffnet. Bei groſsen vorhandenen Epidermisdefekten wird das Kind nach dem Abtrocknen eingerieben mit: Ichthyol 5,0; Glycerin. 5,0—10,0; Aq. dest. ad 100,0. Hiernach Einpuderung. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein schwerer Fall von Karbunkel am Gesicht nebst Angina Ludovici und Parotitis, von H. B. Walters, R. Coombe und R. V. Solly-Exeter. (*Lancet.* 17. Juli 1909.) Ein 17 jähriges Mädchen kam mit einem rasch wachsenden Karbunkel der Wange zur Aufnahme und bot bald trotz geeigneter Behandlung sehr bedrohliche lokale und allgemeine Symptome dar. Die Injektion von einer Vaccine von 50000000 Staphylokokken brachte einige Besserung, und weitere Injektionen einer aus den Pusteln gewonnenen Reinkultur von Staphylococcus aureus wirkten sowohl auf den Karbunkel als auch auf die inzwischen entstandene Parotitis und die submaxillare Schwellung günstig ein. Da ferner konstatiert wurde, daſs das Blut der Kranken auſserordentlich schnell zur Gerinnung kam, erhielt sie einige Tage lang täglich 15 bis 20 g Zitronensäure in refrakta dosi. Verfasser glauben bestimmt, daſs ohne die Injektionen ein letaler Ausgang unvermeidlich gewesen wäre.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Vortäuschung von Milzbrand durch eine auf Infektion mit Bazillen der Proteusgruppe beruhende Pustelbildung, von T. Orr-Wakefield. (*Lancet.* 5. Juni 1909.) Es handelte sich um eine auf dem Daumen bei einem 45 jährigen Schlachter lokalisierte Pustelbildung, welche als Anthrax diagnostiziert und exzidiert wurde, bei welcher aber durch eine eingehende bakteriologische Untersuchung auſser Staphylococcus albus der Hauptsache nach Proteus mirabilis und Proteus vulgaris gefunden wurden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Handverletzung: Infektion durch den Bacillus des malignen Ödems, von G. Paul Laroque-Richmond. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 10.) Es handelte sich um eine Maschinenverletzung der linken Hand. Die Untersuchung ergab Anwesenheit des Erregers des malignen Ödems. Die Amputation des Vorderarms hielt den Fortgang der Infektion nicht auf. Doch kam es unter Behandlung mit H_2O_2, Kalium permanganicum und Oleum terebinth. zur Heilung. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von Noma des Ohres mit Ausgang in Heilung, von Otto Homuth-Oschersleben. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 29.) Bei einem 1¼ Jahre alten Kinde, das seit längerer Zeit an rechtsseitiger eitriger Mittelohrentzündung litt und eben Masern durchgemacht hatte, entstand am rechten Gehörgang ein stinkendes Geschwür, das alsbald die Concha auriculae perforierte und sich über den Tragus und

die nächste Umgebung des Ohres ausbreitete. Die Ohrmuschel wurde gangränös und mufste entfernt werden, dann aber reinigte sich das Geschwür unter Alkoholverbänden, Jodoformapplikation und feuchten Verbänden, und schliefslich trat Heilung ein. Trommelfell und Gehörknöchelchen sind in dem nomatösen Prozefs untergegangen.

Götz-München.

Ein Fall von hochgradiger Noma; Heilung mit geringer Entstellung, von C. MacNeill-London. (*Brit. med. Journ.* 16. Okt. 1909.) Bei einem vierjährigen Mädchen hatte sich acht Tage vor der Aufnahme im Anschlufs an einen seit sechs Wochen bestehenden Keuchhusten ein charakteristischer schwarzer Fleck auf der Wange entwickelt. Gründliche Entfernung des affizierten Gewebes mit dem scharfen Löffel, Betupfen mit reiner Karbolsäure, Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd und Chinosollösung usw. führten einen glücklichen Ausgang herbei.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beiträge zur bakteriologischen und pathologisch-anatomischen Kenntnis der Noma, von R. Arima und T. Ishii-Osaka. (*Centralbl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anatom.* Bd. 20, Nr. 14.) Die Verfasser fanden in zwei von ihnen klinisch und pathologisch-anatomisch festgestellten Fällen von Noma einen eigentümlichen grofsen Bacillus, welcher sich durch eine von Sakurane modifizierte Silbermethode Levaditis am besten nachweisen liefs. Der Bacillus hatte ungefähr die Gröfse von Milzbrandbacillus und abgerundete Ecken; der Bakterienleib war leicht granuliert, nicht mit Sporen versehen, meist etwas gebogen. Die Verfasser halten ihren Bacillus von Bedeutung für die Noma, weil er sich hauptsächlich in dem tiefliegenden Teile des Brandherdes allein in grofsen Massen entwickelt und weil er immer mit grofser Vorliebe die Gefäfse angreift. Die von anderen Autoren bisher gefundenen Bakterienarten sind nach Arima und Ishii von nebensächlicher Bedeutung, weil sie nur an dem zerstörenden Werke teilnehmen. *Schourp-Danzig.*

Hautgangrän nach Paraffineinspritzungen mit tödlichem Ausgang, von Frank-Dudweiler. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 8.) Bei einem 52 Jahre alten Handwerker wurden vor acht Jahren von einem Arzte wegen Lungenspitzenkatarrhs Paraffineinspritzungen in die Rückenhaut einen Monat lang zweimal täglich und den folgenden Monat einmal täglich vorgenommen (therapeutischer Versuch auf theoretischer Grundlage). Seitdem haben dem Patienten die Einspritzungsstellen mannigfache Beschwerden gemacht; er hatte Schmerzen und Jucken im Rücken, stärkeres Spannungsgefühl beengte ihn beim Atmen, einmal hat sich ein Geschwür gebildet, das aber wieder verheilte, seit drei Jahren war er arbeitsunfähig. Anzeichen des Lungenspitzenkatarrhs hat er nicht mehr gehabt. In der letzten Zeit bildeten sich in der Rückenhaut zahlreiche wallnufs- bis handtellergrofse, harte Infiltrate. An fast allen Stellen ist die Haut blau oder braun verfärbt. Vier nadeldünne Öffnungen sondern einen wässerigen Eiter ab. In der Mitte über der Wirbelsäule und links unter dem Rippenbogen entstand je ein bohnengrofses, ca. 2 cm tiefes, stinkendes Geschwür, am Grunde mit harten, mifsfarbenen, nekrotischen Massen belegt. Trotz der geeigneten Pflege schritt die Gangrän unaufhaltsam fort und nach zwei Monaten erlag Patient seinem Leiden, wobei die Gangrän von beiden Schulterblattgräten bis zu den Hüften reichte.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Untersuchungen über das Rhinosklerom, von Max Goldzieher und Eduard Neuber-Budapest. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 51, Heft 2.) Die mit grofsem Fleifs unternommenen und hier ausführlich wiedergegebenen Versuche von G. und N. hatten vor allem den Zweck, die spezifische Ätiologie des Rhinoskleroms festzustellen. Zahlreiche Reinkultur- und Tierimpfversuche blieben vollkommen resultatlos und sprechen mit grofser Wahrscheinlichkeit dafür, dafs das Rhinosklerom als lokale Erkrankung

mit seinen spezifischen Veränderungen an Tieren nicht hervorgerufen werden kann; die Züchtung auf Nährböden und der Tierversuch ergaben keine solchen Momente, welche zur Differenzierung der Kapselbakterien geeignet wären. Es wurden daher die biologischen Reaktionen zu Hilfe genommen und der Komplementfixationsversuch (nach Bordet-Gengou) erwies sich als sehr geeignetes und leicht durchführbares Verfahren zur Differenzierung der Kapselbakterien, speziell des Bacterium Friedländer und des Bacterium rhinoscleromatis. Letzteres weicht biologisch vom Bacillus pneumoniae Friedländer ab. Im Blutserum von Rhinoskleromkranken sind Antikörper gegenüber dem Sklerombacillus in nachweisbarer Menge vorhanden, so dafs durch sie die Komplementfixation als spezifische Reaktion des Sklerombacillus erzielbar ist. Diese Antikörper gaben mit dem Friedländer-Bacillus keine Komplementfixation. Im Sinne dieser Reaktionen erscheint die ätiologische Rolle des Sklerombacillus beim Entstehen des Rhinoskleroms als bewiesen und so entfällt die Hypothese, dafs der Sklerombacillus nur als unschuldiger Saprophyt auf der Nasenschleimhaut vorkomme. Diese Untersuchungen beweisen die ätiologische Rolle des Sklerombacillus, ferner, dafs wir beim Rhinosklerom trotz dessen Charakters als lokaler Schleimhauterkrankung einer allgemeinen Infektion gegenüberstehen, bei welcher sich der angegriffene Organismus durch die Produktion von Antikörpern schützt. Dafs das Rhinosklerom eine derartige Infektion ist, dafür spricht der schon früher erhobene Befund, wonach die regionären Lymphdrüsen des erkrankten Schleimhautgebietes durch eine entzündliche Reaktion an dem pathologischen Prozefs teilnehmen können und Róna es schon gelungen ist, aus entzündlich geschwollenen regionären Drüsen den Sklerombacillus in Reinkultur zu züchten. Schliefslich erwähnen Verfasser noch der Tatsache, dafs mit Besserung resp. Heilung des Krankheitsprozesses (unter Röntgenstrahlen) Verminderung und zuletzt vollständiges Verschwinden der im Serum enthaltenen spezifischen Stoffe mit Antikörpercharakter eingetreten ist und mit dem nach erfolgter Heilung entnommenen Serum überhaupt keine Komplementbindung mehr erzielt wurde.

Stern-München.

Rhinosklerom der oberen Luftwege. Bericht über zwei Fälle: Rhinopharyngolaryngo- und Rhinopharyngoscleroma (Vaccinebehandlung), von J. H. Güntzer-New York. (*Med. Record.* 24. Juli 1909.) Der Bacillus von Frisch spielt sicherlich eine wichtige Rolle in der Ätiologie des Rhinoskleroms, da er sich im Exsudat und im Gewebe regelmäfsig findet; in einem der mitgeteilten Fälle hat eine Vaccine, hergestellt vom Bacillus Frisch, lokale Immunität erzeugt. Im hängenden Tropfen zeigt der Bacillus Frisch eine lebhafte Beweglichkeit; seine Gröfse wechselt mit dem Alter der Kultur. Die Inkubation des Rhinoskleroms scheint eine sehr lange zu sein, doch ist zunächst über die Wege der Übertragung nichts bekannt. Die Diagnose ist in beginnenden Fällen nicht leicht, zumal äufsere Veränderungen der Nase sich nur in wenigen Fällen finden. Die Röntgenbehandlung scheint zurzeit immer noch die gröfste Aussicht auf etwaige Heilung zu bieten. *W. Lehmann-Stettin.*

Zur Prophylaxe und Therapie des Skleroms, von Hermann v. Schroetter-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 44—46.) Nach einem historischen Rückblick auf die Lehre des Skleroms betont der Verfasser, dafs es ein spezifisches therapeutisches Mittel nicht gibt, um den Prozefs zum Erlöschen zu bringen. Jahrelang müssen die therapeutischen Behelfe in Anwendung gezogen werden; die Erweiterung der verengten Schleimhautkanäle der Nase, des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre, um gefahrbringende Zustände hintanzuhalten.

Für die Behandlung des Leidens ist die möglichst frühe Diagnose von gröfster Wichtigkeit. Deshalb fordert der Verfasser die amtliche Entsendung fachmännischer Ärzte in die Skleromgegenden, welche hauptsächlich im Gebiete des alten Königreiches

Polen zu suchen sind. Weiterhin verlangt er die Anzeigepflicht für das Sklerom, Belehrung des Volkes durch ein Merkblatt, die Isolierung der Erkrankten und Einsetzung eines permanenten, internationalen Komitees zum Studium des Skleroms.

Schourp-Danzig.

Erythema nodosum, von Horace Fox-Bath. (*New York. med. Journ.* 1909. 31. Juli.) F. gibt eine historische Übersicht über die seit 1799, wo der französische Arzt Robert Willan zuerst dieser Krankheit den Namen gab, erschienene Literatur und definiert Erythema nodosum als eine relativ seltene, akute, wahrscheinlich spezifische, entzündliche Hautkrankheit, welche durch das Auftreten erhabener, verschieden grofser und gefärbter Knoten, die eine verschiedenartige Entwicklung mit Neigung zu Spontanheilung zeigen, charakterisiert und von Allgemeinerscheinungen begleitet ist. Die Mehrzahl der Autoren sind darüber einig, dafs beim Erythema nodosum eine infektiöse Ursache vorhanden sei, bezüglich der Natur desselben und wie und wo es in den Organismus gelangt, darüber herrscht noch völliges Dunkel. Die Inkubationsdauer beträgt sieben bis zehn Tage, die Invasion einige Tage bis eine Woche und ist begleitet von allgemeiner Schwäche, Schlaflosigkeit, gastrischen Störungen. Das Fieber geht selten über 38,5° C., hält mehrere Tage bis eine Woche und noch länger an und endet durch Lysis. Die Knoten in der Haut treten entweder plötzlich und ohne sichtbare objektive oder subjektive Vorzeichen oder mit Schmerzen und Empfindlichkeit, welche zwei bis drei Tage vorher an den betreffenden Stellen sich zeigen, auf; der Hautprozefs kann ein bis sechs Wochen unter stets neuen Nachschüben währen. Die Blasen verursachen kein Jucken. Meist sitzen sie an den Vorder- und Innenflächen der Beine, gelegentlich auch an Hüften, Gesäfs, Füfsen, Armen, Händen und Gesicht und nur selten an Brust, Bauch und Mundschleimhaut. Zuweilen ist beim Verschwinden der Knoten leichte Abschuppung vorhanden. Von Komplikationen sind am häufigsten Magen-Darmstörungen, dann Gelenksschwellungen, cerebrale (meningeale) Erscheinungen, wie Delirium, Aphasie, Hemiplegie, Hämaturie mit oder ohne Nephritis, endo-, myo- und pericardiale Symptome, Hämorrhagien aus den Schleimhäuten. Pathologisch-anatomisch handelt es sich um einen Entzündungsprozefs, welcher die ganze Haut einschliefslich der tieferen Gewebe befällt, dessen Pathogenese aber noch unbekannt ist. Differentialdiagnostisch können Kontusionen Erythema multiforme, bei welchem meist Allgemeinerscheinungen fehlen, Erysipel — meist im Gesicht und in scharf begrenzter Weise —, Syphilis und zwar die nicht ulcerierende Form von Gumma, wobei die Anamnese, Dauer und spezifische Behandlung von Bedeutung sind, und das Erythema induratum scrofulosum (Bazin), wobei die Knoten tief in der Haut, asymmetrisch angeordnet sind, langsam sich entwickeln, einen chronischen Verlauf und Neigung zu Ulceration haben, in Betracht kommen. Die Prognose ist bei unkomplizierten Fällen eine gute, bei manchen Patienten kommen Rückfälle vor. Bezüglich der Behandlung haben innere Mittel wenig oder gar keinen Einflufs, die Allgemeinerscheinungen erfordern einfache Diät, eventuell Bettruhe, zuweilen tonische Mittel; lokal dienen Lösungen von Natriumhyposulphit-Ichthyol, Borsäure, Bleiwasser, heifse Umschläge u. a. m., zur Linderung der Entzündung und Schmerzen. Im Anschlufs an seine ausführliche Monographie bringt Verfasser noch die Beschreibung eines charakteristischen Falle von Erythema nodosum, eine 54jährige Frau betreffend, nebst Literaturverzeichnis. *Stern-München.*

Dermatitis vegetans und deren Beziehungen zur Dermatitis herpetiformis, von John A. Fordyce und William S. Gottheil. (*Medical and surgical report. City of New York Dept. of public charities* 1909. Nr. 1.) Nachdruck aus „*Journ. of cutan. diseas.*“ 1906. S. 543. Beschreibung eines Falles, mit photographischen und histologen Abbildungen. *W. Lehmann-Stettin.*

Lichen planus, von Brocq. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 39.) Kurze Beschreibung zweier Fälle von Lichen planus, die beide nervöse Frauen betrafen, und Besprechung der Therapie. Die Arsenmedikation hält Br. „nicht für unentbehrlich"; im „akuten" Stadium ist Verabreichung von Arsen direkt zu widerraten, weil dadurch die Entwicklung gewisser Komplikationen, so die Entstehung von Pemphigusblasen begünstigt wird. Dagegen wirken die Arsenikpräparate, wenn die Krankheit ihr Höhestadium erreicht hat oder schon im Rückgang begriffen ist, sehr gut. Die nervöse Veranlagung der Patienten, die in der Pathogenese des Lichen planus zweifellos eine Rolle spielt, wird am besten durch prolongierte, warme Duschen bekämpft; auch Gebrauch von Baldrian ist zu empfehlen, vorausgesetzt, dafs „die Urinmenge genügend reichlich ist".

Göts-München.

Beitrag zur Lokalisation des Lichen ruber planus, von M. Oppenheim. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 38.) O. beobachtete eine Anzahl von Fällen bei den Varikositäten an den Unterextremitäten die Entwicklung des Lichen ruber planus förderten; er suchte analoge Fälle aus der Literatur zusammen und erklärt die Lokalisation des Lichen ruber planus über Venen und Venektasieen damit, dafs der von der erweiterten und verdickten Vene auf die Haut ausgeübte Zug oder Druck nach dem Gesetze der spezifischen Reizung die Hauteruption veranlafst; wölben die erreichten Venen die Haut empor, dann kommen noch alle anderen Reize hinzu, die sonst Licheneruptionen veranlassen können. *Schourp-Danzig.*

Lichen planus, von Douglass W. Montgomery und Harry E. Alderson-San Francisco. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 18.) Bericht eine Falles ausgedehnten Lichen planus der Haut, der akut bei einer 40jährigen Frau entstanden war.

Schourp-Danzig.

Lichen ruber acuminatus (Hebra), Lichen ruber neuroticus (Unna), von Nicolas V. Greco-Buenos Aires. *Argentina méd.* 1908. 29. August.) Der Autor identifiziert mit dieser Erkrankung nicht den Lichen ruber acuminatus (Kaposi), der mit der Pityriasis pilaris (Devergie) und der Pityriasis rubra pilaris (Besnier und Richaud) synonym ist. Im mitgeteiltem Falle trat die Erkrankung bei einem 19jährigen Mädchen auf und zwar zuerst am linken Vorderarm, befiel dann den rechten Oberschenkel, dann den rechten Vorderarm und den linken Oberschenkel zuletzt den Rumpf. Der Ausschlag war äufserst juckend. An den befallenen Stellen zeigten sich nirgends Planuselemente, sondern papulöse, miliäre, verhornte Erhebungen, die konisch zugespitzt und nicht notwendigerweise an die Follikel gebunden waren. Sie liefsen sich schwer entfernen und hinterliefsen eine Vertiefung. Die einzelnen Elemente traten zu Plaques zusammen, welche in der Mitte unter Pigmentbildung heilten. Es war weder Dermatitis noch Desquamation wie bei der Pityriasis rubra pilaris vorhanden. Der Fall reagierte vortrefflich auf Arsen. *Gunsett-Strafsburg.*

Lichen planus sclerosus, von Jay Frank Schamberg und Rose Hirschler-Philadelphia. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 5.) Krankheitsbericht von einem Falle, der ein 19jähriges Mädchen betraf und zuerst die Palmarseite des linken Handgelenkes befallen hatte; später traten Knötchen auch am rechten Handgelenk und auf den Hand- und Fingerrücken auf, sowie am Nacken. *Schourp-Danzig.*

Zur Kenntnis der Orientbeule und ihres Erregers, von Bettmann und v. Wasielewski-Heidelberg. (Beiheft 5 zum *Arch. f. Schiffs- u. Tropenhygiene* 1909. Juli.) Ein kurze Zeit beobachteter Fall bei einem Kollegen, der längere Zeit in Zentralasien gelebt hatte, gibt B. Gelegenheit zur Bearbeitung und Sichtung der Literatur. Er stellt die Zusammengehörigkeit der endemischen Beulenerkrankungen fest, insofern der als Erreger angesehene Parasit, die Leishmania tropica bereits nachgewiesen worden ist bei der Aleppobeule, der armenischen und transkaukasischen

Beule, der Bagdadbeule der Delhibeule, der Philippinenbeule, der persischen Beule, der Bikrabeule, der Nilbeule und der Gafsabeule. Er sucht ferner aus der vergleichenden Bearbeitung der verschiedenen in der Literatur niedergelegten Beobachtungen ein richtiges klinisches Bild der Erkrankung zu zeichnen und geht ausführlich auf die Diagnose und Differentialdiagnose ein.

W. beschäftigt sich mit dem Erreger der Orientbeule, seiner zoologischen Stellung, seinem Vorkommen, seinem Nachweis und seinen Entwicklungsformen. Von den im vorliegenden Falle gemachten Befunden werden auf fünf Tafeln ausgezeichnete Abbildungen gegeben.

Es wird hervorgehoben, dafs es sich um eine, wenn auch hartnäckige und mitunter rezidivierende (der Hauttuberkulose in gewisser Beziehung ähnliche), so doch rein lokale Erkrankung handelt, im Gegensatz zum Kála-Azar, der durch Leishmania donovani, dem nächsten Verwandten der Leishmania tropica, verursachten Allgemeinerkrankung. *W. Lehmann-Stettin.*

Verschiedenes.

Die Hautkrankheiten im Volksmunde, von Unna. (*Die Umschau.* 1909. Heft 33.) Den Volkserfahrungen verdanken wir die Kenntnis einiger unserer wirksamsten Drogen, so der Chinarinde; des Chrysarobins und Gynocardöls. Diesen gegenüber sind die Volkstheorien weit geringer zu bewerten, da sie der Ausdruck der vor hundert und mehr Jahren gültigen wissenschaftlichen Ansichten sind und uns jetzt aus Laienmunde als Ausdruck des Volksaberglaubens entgegenschallen.

Arthur Schucht-Danzig.

Über Gleitmittel, von Anton Regensburger-Wien. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1909. Nr. 50.) Unter dem Namen Bougerin hat eine Wiener Firma eine Gleitmasse für Katheter usw. in Zinntuben in den Handel gebracht. Die genaue Zusammensetzung teilt R. nicht mit; er gibt nur an, dafs das Mittel Traganthschleim, Glycerin und Hg oxycyanatum enthält.

R. empfiehlt das Gleitmittel wegen seines wohlfeilen Preises für die chirurgisch-urologische und gynäkologische Praxis, sowie auch zur Einfettung der Kondomfingerlinge bei Explorationen. *Schourp-Danzig.*

Venerische Erkrankungen in der Kindheit, vom Herausgeber. (*Med. Record.* 12. Juni 1909.) Verfasser lenkt die Aufmerksamkeit auf einen Artikel von Pollack im *Johns Hopkins Hospital Bulletin* vom Mai 1909. In dieser Arbeit, die beiläufig die Zahl der erkrankten Kinder unter 15 Jahren in Baltimore auf jährlich etwa 800 schätzt, wird betont, dafs der Prozentsatz der durch Stuprum infizierten Kinder doch ein recht hoher sei, und dafs es sich bei dem infizierenden Teil weniger um Sadisten und sexuell Perverse handelt, sondern vom Aberglauben getriebene, die da meinen, dafs sie eine blennorrhoische oder syphilitische Erkrankung dadurch loswerden können, dafs sie eine „Jungfrau“ infizieren. (Ein übrigens auch in Deutschland verbreiteter Aberglaube. Ref.) *W. Lehmann-Stettin.*

Entfernung der Pyrogallolflecke von der Haut. Wenn man keine Gummischutzhüllen benutzt, wird man sich beim Gebrauch der Pyrogallussäure die Fingerspitzen braun färben, eine unangenehme Sache, weil man sich meist vergebens bemüht, die Flecken wieder weg zu bekommen. Löst man in 50 ccm Wasser 50 g Natriumsulfat und 25 g Chlorkalk, so hat man ein gutes Mittel, mit dem man die Flecken leicht beseitigen kann. (Nach *Pharmaz. Zentralhalle.* 1910. Nr. 3.)

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 50. | №. 6. | 15. März 1910.

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik zu Moskau (Vorstand: Prof. A. J. Pospelow).

Ein seltener Fall von myxomatöser Hautdegeneration (Myxoma cutis).[1]

Von

Dr. D. D. v. Lewtschenkow,
Ordinator der Klinik.

Mit drei Abbildungen im Text.

Meine Herren! Heute werde ich die Ehre haben, Ihnen eine Kranke vorzustellen, welche an einer sehr interessanten und eigenartigen Form der myxomatösen Degeneration der Haut leidet.

Die Geschichte ihrer Krankheit ist folgende:

Die Kranke, eine Bäuerin, ist 36 Jahre alt, verheiratet; sie ist fünf Monate krank.

Ihre Krankheit fing so an:

Den 6./19. November 1908 kehrte die Patientin im Schlitten aus Moskau in ihr Dorf zurück. Sie mufste 60 Werst fahren; dabei fror sie und erkältete sich. Sie fröstelte und fühlte Hitze, Kopfschmerzen, Schnupfen, Zerschlagenheit und Reifsen im ganzen Körper. Besonders heftig waren die reifsenden Schmerzen in den Händen, die angeschwollen und rot von den Fingern bis zur Hälfte des Vorderarmes wurden. Auf der Rückenfläche der Finger erschienen feste und schmerzhafte Knoten von der Gröfse einer Haselnufs.

Nach anderthalb Wochen hörte das Fieber auf, aber die Anschwellung der Hände vergröfserte sich bedeutend, so dafs beinahe eine volle Unmöglichkeit der Bewegung in den Fingergelenken sowie in den Handwurzel- und Mittelhandgelenken erschien. Die Patientin fühlte keine Schmerzen in diesen Gelenken. Gleichzeitig erschien auf der Hinter- und teils auf der Seitenfläche des Halses ein juckender Ausschlag. Dieser Aus-

[1] In der Versammlung der Moskauer Venerologischen und Dermatologischen Gesellschaft den 12./25. April 1909 gelesener Vortrag, mit einer Demonstration der Kranken.

schlag erinnerte an die Hautveränderung, welche bei der Berührung der Haut mit einer Brennessel entsteht. In der Mitte der Stirn erschien ein ebenso fester und schmerzhafter erhabener Knoten, wie auf den Fingern. Endlich fing das Gesicht, besonders die Augenlider, sich zu röten und zu schwellen an; die Augenbrauen fingen auszufallen an.

In der Mitte des Dezember erschien ein juckender Ausschlag auf der Brust, der dem Halsausschlage ähnlich war; der Knoten auf der Stirn verminderte sich, aber symmetrisch rechts und links davon entstanden zwei neue ähnliche Knoten.

Ende Dezember verschwand der Mittelknoten auf der Stirn; die Seitenknoten vergröſserten sich bedeutend, obgleicht sie nicht mehr schmerzten. Das Ödem des Gesichts und der Hände verminderte sich und die Bewegungen in den Handgelenken wurden ganz frei.

Kurze Zeit vor dem Eintritt in die Klinik bemerkte die Kranke wieder eine Anschwellung der Hände und das Erscheinen dort derselben Effloreszenz wie auf dem Halse und auf der Brust. Die Knoten auf der Stirn wurden etwas flacher. Der Ausschlag auf dem Halse und auf der Brust blieb die ganze Zeit ohne Veränderung.

Der Arzt, welcher die Kranke behandelte, vermutete Nesselfieber und Nephritis. Der Kranken wurde Milchdiät und Laugenwasser verordnet.

Aus der Vergangenheit der Kranken kann man folgendes berichten: Sie war im Kindesalter skrophulös. Sie wuchs und entwickelte sich regelmäſsig; zu gehen fing sie sehr früh an — vor einem Jahre. Im dritten Jahre bekam sie Masern (ohne Folgen), im zwölften Jahre Malaria (Febris tertiana); litt daran ein halbes Jahr.

Vom zwölften Jahre fing sie an zu menstruieren, ganz normal. Sie verheiratete sich im 17. Jahre, gebar normal acht Kinder, das letzte vor vier Jahren. Am Leben blieben sieben Kinder, das kleinste starb. Vor drei Jahren erhielt sie eine Harnblasenentzündung; ein Jahr nachher wurde bei der Patientin die Graviditas extrauterina konstatiert, die im Alten Katharinenkrankenhause (zu Moskau) operiert wurde. Ein halbes Jahr nach der Operation entwickelte sich in der Bauchhöhle eine entzündliche Geschwulst, die nach warmen Kompressen, warmen Bädern und Einnahme von Kalium jodatum heilte.

Die Kranke lebt die ganze Zeit in guten Verhältnissen.

Der Vater der Kranken, ein Potator, starb, als er 50 Jahre alt war, am Leberkrebs; bis zu dieser Krankheit war er immer gesund. Die Mutter lebt noch, ist 55 Jahre alt und ganz gesund. Von der Seite der Mutter findet man keinen Anhalt für erbliche Belastung; von der Seite des Vaters waren der Groſsvater und der Onkel irrsinnig. Unter den nahen Verwandten waren keine Tuberkulöse und Syphilitiker. — Die Kranke ist die älteste Tochter der Eltern.

Beim Eintritt der Kranken in die Klinik (14./27. Januar 1909) bemerkte man folgendes:

Die Patientin ist eine Frau von Mittelwuchs und gut genährt. Die Haut auf den gesunden Bezirken hat eine normale Farbe, der Dermographismus ist schwach bestellt. Die Talgausscheidung ist normal, die Schweifsausscheidung ist etwas vermindert.

Die Hautveränderung befindet sich auf dem ganzen Handrücken, gleichermafsen rechts und links, auf den äufseren Oberflächen der beiden Vorderarme, auf den beiden Ellenbogenfalten von der Seite des Radius, auf dem oberen Teil des Rückens und der Brust und auf der Hinter- und Seitenfläche des Halses. Der Ausschlag ist streng symmetrisch auf der rechten und linken Seite des Körpers verteilt.

An den soeben bezeichneten Orten sieht man eine Reihe von glatten, beim Fingerdruck festen, wulst- und halbkugelartigen, linsen- bis erbsengrofsen Erhabenheiten, die sehr nahe aneinander gelegen sind, so dafs die

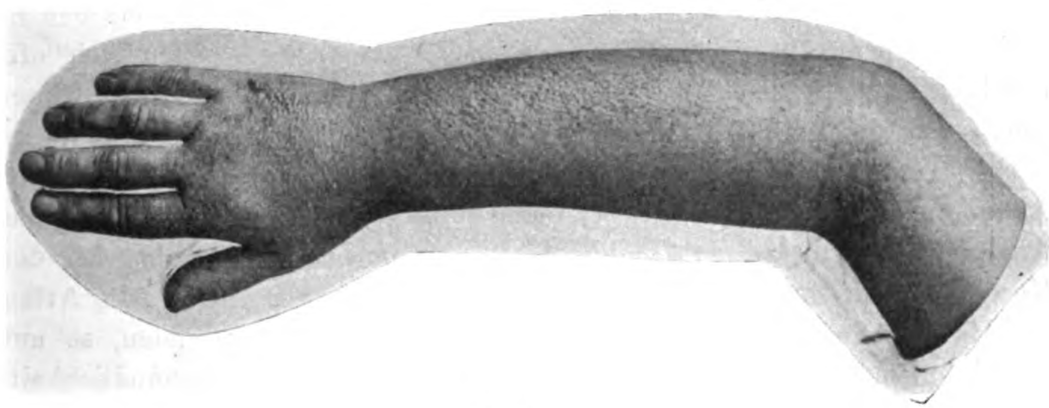


Fig. 1.

Haut derb ist und teils grobkörnig, teils chagrinlederähnlich aussieht, und man kann sie nicht in Falten legen. Die Farbe der Effloreszenz ist verschieden: hinter den Ohrmuscheln, wo der Ausschlag in besonders scharf hervortretenden Wülsten erscheint, erinnert seine Farbe an diejenige des Elfenbeins; der Ausschlag auf dem Halse hat die Farbe der normalen Haut; endlich auf dem Rücken, auf der Brust und auf den Vorderarmen, wo der Prozefs nicht lange existiert, hat der Ausschlag eine rosa Farbe mit einer orangen Nuance. Beim Drücken mit Finger oder Glasplessimeter verschwindet die rosa Farbe, die gelbe bleibt. Beim Erkalten des Körpers nimmt der Ausschlag auf den Händen eine bläuliche Färbung an. Auf der Haut, welche die zweiköpfigen Armmuskeln bedeckt, sind primäre Elemente der Effloreszenz zerstreut, die wie gelblichweifse Quaddeln mit zartrosa Reifen auf der Peripherie aussehen.

Das Gesicht ist aufgedunsen und ein wenig cyanotisch. Die Augenbrauen sind teils ausgefallen. In dem Gebiete der Stirnhügel, streng

symmetrisch rechts und links von der Mittellinie des Körpers, findet man zwei feste, beim Drücken wenig schmerzhafte Knoten von der Gröfse einer Haselnufs — nicht mit der Haut verschmolzen —, welche, wie es scheint, von dem Periosteum ausgehen. Diese Knoten fallen beim ersten Anblick der Kranken auf und geben ihr neben dem Ausfallen der Augenbrauen eine gewisse äufserliche Ahnlichkeit mit einer Leprakranken.

Man findet auf den Unterrändern der beiden Orbiten, in ihrer Mitte, zwei scharf hervortretende, beim Berühren dornartige Erhöhungen (Exostosen), welche gemäfs den Nähten der Joch- und Oberkieferbeine liegen, so dafs der Abstand dieser Erhöhungen von den inneren Ecken der Augenspalten auf beiden Seiten gleich ist.

Die Schleimhäute sind nicht verändert. Man kann keine pathologischen Veränderungen von der Seite des Lymphsystems, der Milz und der Schilddrüse konstatieren.

Die Atmungs- und Blutsystemorgane und die Leber zeigen keine Besonderheiten. Die Darmentleerung ist träge; von Zeit zu Zeit erscheinen leichte dyspeptische Anfälle. Die Kopfschmerzen wiederholen sich oft. Die Kranke wurde leicht gereizt seit ihrem Unwohlsein, obgleich sie früher einen sehr ruhigen Charakter hatte. Die Patellarreflexe sind etwas verstärkt. Die Papillen sind beiderseits gleich weit, reagieren auf Licht und Akkommodation gut. Bei der Untersuchung der Augen in der Moskauer Augenklinik fand man Myopia, Astigmatismus und Ametropia bei der Korrektion mit der Brille. Der Augenhintergrund ist normal. Alle Arten der Hautempfindlichkeit sind ganz gleich wie auf den gesunden, so auf den kranken Hautbezirken erhalten, aufser der Schmerzempfindlichkeit, welche auf den Ausschlagplätzen etwas vermindert ist. — Die elektrische Reizbarkeit der Muskeln ist normal.

In der Gynäkologischen Klinik konstatierte man von der Seite der Genitalien die Salpingoophoritis dextra.

In dem Harn sind keine pathologischen Bestandteile nachweisbar.

Die Blutuntersuchung ergab: Hämoglobin 90% (nach Gowers), rote Blutkörperchen 4500000, weifse Blutkörperchen 7000 (morgens vor dem Frühstück); das Verhältnis der Formelemente ist 642 : 1. — Unter den Leukocyten haben die Neutrophilen Oberhand.

Die subjektiven Symptome sind gering; nur selten empfindet die Patientin ein leichtes Jucken in den kranken Bezirken der Haut.

Da der angegebene Fall eine grofse Schwierigkeit zur Diagnose darstellte, so schnitten wir an der rechten Seite ein kleines Stück der Oberrückenhaut aus; dieses Stück wurde auf gewöhnliche Weise bearbeitet (10%ige Formalinlösung, Alkohol, Celloidin). Die Schnitte wurden mit

Hämatein-Eosin, mit Muchämatein, mit Thionin, nach VAN GIESON und nach ZIEHL gefärbt und mit Hilfe des Mikroskops untersucht.

Die histologische Untersuchung stellte uns folgendes Bild dar:

Die Epidermis zeigt keine Abweichung von der Norm.

In der Pars papillaris corii beobachtet man eine leichte Erweiterung der Blut- und Lymphgefäſse. In der nächsten Umgebung der Kapillaren und kleinen Gefäſse befindet sich eine bedeutende Menge von Infiltration mit Lymphoidelementen. Diese Infiltration steigert sich stellenweise bis zur Bildung kleiner Zellenherdchen (Follikel). Bei der Färbung nach ZIEHL findet man keine Leprabazillen oder andere Mikroorganismen in diesen Follikeln. Man bemerkt kein Auseinanderschieben der Bindegewebsfasern, welches den ödematösen Zustand des Papillarkörpers andeutete.

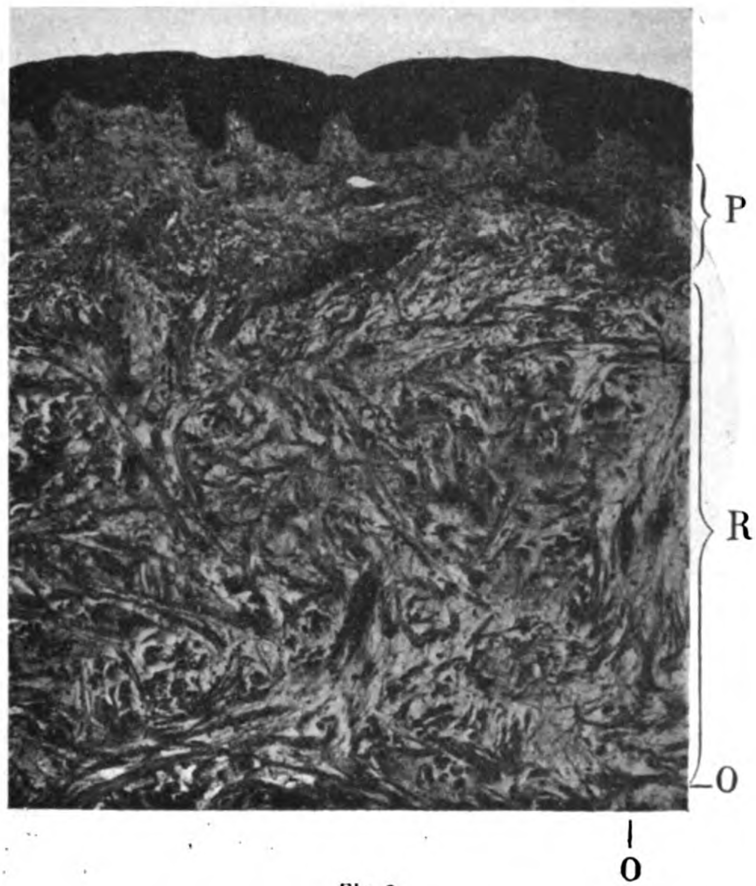


Fig. 2.

Mikroskopisches Bild bei schwacher Vergröſserung (Färbung mit Hämatein-Eosin): P = zellenreiche Papillenschicht mit erweiterten Lymphspalten und Blutgefäſsen und mit Zelleninfiltration um sie herum; R = ödematöses Bindegewebe von Pars reticularis corii; OO s. Fig. 3.

Die Hauptveränderungen, welche am deutlichsten hervortreten, befinden sich in der Pars reticularis corii. Die Bindegewebsfasern dieses Teiles

der Haut sind auseinandergeschoben und der Zwischenraum ist mit Schleimstoff gefüllt (was deutlich in den mit Muchämatein und Thionin bearbeiteten Präparaten hervortritt). In dem Schleimgewebe befinden sich viele Spinnenzellen. Diese Durchtränkung mit Schleimmasse ist nicht ebenmäfsig: mehr intensiv auf der Grenze mit der Pars papillaris, vermindert sie sich allmählich in der Tiefe der Haut, so dafs Panniculus adiposus und die nächsten Teile ganz unverändert sind.

Die Bündel der Bindegewebsfasern von Pars reticularis corii sind etwas hyalinisiert (nach VAN GIESON bearbeitet).



Fig. 3.

Fig. 3 entspricht dem Punkte *OO* der Figur 2. Man sieht bei starker Vergröfserung die Bindegewebsfasern, welche sehr weit auseinandergerückt sind, und zahlreiche Spinnenzellen.

Die Talg- und Schweifsdrüsen, die Musculi arrectores pilorum und die Haare selbst haben keine pathologischen Veränderungen erlitten.

Also bestehen die pathologisch-anatomischen Hauptveränderungen im schleimigen Ödem die Pars reticularis corii.

Da die Form des frischen Ausschlages sehr an Urticaria erinnerte und die Effloreszenz von leichtem Jucken begleitet wurde, so verordneten wir der Kranken zum Versuch in den ersten Tagen Calcium muriaticum siccum, dreimal des Tages — anfangs 0,5, nachher 1,0 in einem halben Glase Borschomwasser (Katharinenquelle) — und Abführmittel. Diese

Behandlung blieb ohne jedes Resultat: der Ausschlag begann auf der Brust sich nach unten zu verbreiten; die Haut unter den Brustdrüsen wurde derb. Die Anschwellung des Periosteums in dem Gebiete der Stirnhügel fing sich nach unten wulstartig zu verbreiten an. Ein neuer Knoten erschien auf der Stirnfläche (Glabella); das Periosteum der Nasenbeine (Ossa nasalia) schwoll an. In den Schienbein- und Vorderarmknochen erschienen reißende Schmerzen. Die Kopfschmerzen verstärkten sich bedeutend.

Dann verordneten wir der Patientin 4%ige Jodnatriumlösung — ein Eßlöffel dreimal des Tages. Die Kopfschmerzen verminderten sich und das Allgemeinbefinden der Kranken verbesserte sich bedeutend.

Sobald die histologische Untersuchung des angeschnittenen Stückes der kranken Haut pathologisch-anatomische Veränderungen zeigte, welche an diejenigen bei der Elephantiasis erinnerten, machten wir auf den Antrag von Herrn Professor A. J. Pospelow einen Versuch, die Patientin mit Salicyl-Quecksilber[2] zu behandeln. Es wurde eine halbe Pravazspritze Salicyl-Quecksilber injiziert nach folgender Formel:

℞ *Hydrarg. salicyl. pulv. subtilis* 2,0
Ol. Vasilini liquid. puriss. 20,0
M. f. steril.

(Es wurde also in das Unterhautzellgewebe 0,05 Hydrargyrum salicylicum eingeführt.) Nach der Injektion bemerkte man keine Erscheinungen von Quecksilbervergiftung in der Form von Mundschleimhautentzündung oder Hauterythem, aber schon am folgenden Tage begann das Allgemeinbefinden der Kranken sich zu verschlechtern; es erschien Schlaflosigkeit, Apathie, Atemnot und Appetitlosigkeit.

Nachdem wurde der Versuch der Salicyl-Quecksilbertherapie nicht wiederholt, und im Einverständnis mit Herrn Professor A. J. Pospelow fingen wir wieder an, der Kranken das Natrium jodatum in 5%iger Mixtur zu geben — zuerst drei, dann vier Löffel täglich. Von der Zeit an verbesserte sich der Zustand der Patientin mit jedem Tage: sie wurde lebhafter, sie bekam Appetit und Schlaf; die Kopfschmerzen wurden seltener. Die Hautveränderungen begannen allmählich zu verschwinden.

Jetzt, nach 1½ Monaten der Jodbehandlung, verschwanden beinahe die Knochenknoten auf der Stirn und die Erhabenheiten auf den Unterrändern beider Orbiten. Auf der linken Hand verschwand der Ausschlag ganz; auf dem rechten Handrücken wurde die Haut weich und elastisch, so daß man sie in Falten ziehen kann. Auf dem rechten Vorderarm und in der rechten Ellenbogenfalte wurde der Ausschlag bedeutend flacher; man kann sich leicht davon überzeugen, indem man die rechte Hand der

---

[2] Dieses Präparat war oft mit guten Resultaten in der Moskauer Dermatologischen Klinik bei verschiedenen Formen der Elephantiasis angewendet.

Kranken mit der Moulage vergleicht, welche von dieser Hand während der ersten Tage der Anwesenheit der Patientin in der Klinik abgedrückt worden war.[3]

Also durch die Biopsie und die histologische Untersuchung der Haut hatten wir die Möglichkeit zu bestimmen, daſs das Wesen der krankhaften Hautveränderung bei unserer Kranken in Neubildung des Schleimgewebes in der Pars reticularis corii besteht. Die Natur des Prozesses in den Knochen des Schädels bleibt nicht genügend erklärt.

Was die Ursache dieser eigenartigen Krankheit anbetrifft, so kann man darüber nur eine Vermutung äuſsern.

Erstens muſs man konstatieren, daſs die Krankheit akut anfing, mit Fieber begleitet, später aber einen chronischen progressierenden Charakter erhielt, so daſs man die Möglichkeit eines infektiösen Ursprungs dieser Krankheit nicht ganz ableugnen kann. Die streng symmetrische Lokalisation der krankhaften Veränderungen der Haut und der Knochen läſst uns unwillkürlich daran denken, daſs man hier mit einer trophoneurotischen Störung zu tun hat, welche vielleicht von irgendeiner funktionellen Erkrankung der Schilddrüse abhängt (wie bei Myxödem). Im weiteren muſs man nicht auſser Sicht lassen, daſs die Veränderungen, welche in unserem Falle in der Pars papillaris corii vorgehen (die Erweiterung der Lymph- und Blutgefäſse mit der zelligen Infiltration um sie herum), man gewöhnlich bei Elephantiasis cutis findet; die Spinnenzellen und das Schleimgewebe treffen sich auch ziemlich oft im Anfangsstadium der Elephantiasis. Einige französische Autoren, wie Darier,[4] stellen die Myxome in die Reihe der lokalen Elephantiasis.

Auf jeden Fall ist es einstweilen unmöglich, einen bestimmten Begriff von der Ätiologie dieser Erkrankung zu machen; es ist unbedingt nötig, die Patientin eine längere Zeit zu beobachten.

Dieser von mir vorgestellte Fall ist desto interessanter, da er augenscheinlich der einzige Fall ist; wenigstens konnte ich in der mir zur Verfügung stehenden russischen und ausländischen medizinischen Literatur keine Beschreibung eines ähnlichen Falles finden.

Zum Schlusse halte ich mich verpflichtet, meinen innigsten Dank dem hochgeehrten Herrn Professor A. J. Pospelow für die Leitung und Erlaubnis, die Kranke in der Gesellschaft zu demonstrieren, sowie meinem geehrten Kollegen Herrn Dr. A. P. Saweljew für den Beistand bei Verfertigung histologischer Präparate auszudrücken.

---

[3] Die Moulage wurde in der Versammlung der Gesellschaft gezeigt.

[4] Darier, Tumeurs de la peau. *La Pratique Dermatologique,* par E. Besnier, L. Brocq, L. Jacquet, Bd. IV, S. 680.

Ist Lupus Rindertuberkulose?

Von

C. ENGELBRETH-Kopenhagen.

Die kolossale Arbeit, die von verschiedenen Tuberkulosekommissionen ausgerichtet worden ist, hat der von KOCH erhobenen Tuberkulosefrage keine Lösung gebracht. Wohl kaum eine Spur. Augenscheinlich, weil man mehr mit interner als mit externer Tuberkulose arbeitete. Während indes Versuche mit externer Tuberkulose zu gröfserer Klarheit führen, mufs jedoch auch eine Basis zu weiterer Forschung bei einer kritischen Untersuchung der externen Tuberkulose, Hauttuberkulose, gefunden werden können.

Wir begegnen dann auch gleich in der Klinik der Hauttuberkulose einer aufserordentlichen Mannigfaltigkeit, einer Polymorphie, die man durch Terrainverschiedenheiten, Virulenzverschiedenheiten, Invasionsart und dergleichen zu erklären gesucht hat. Allein der Gegensatz zwischen den einzelnen Typen kann so bedeutend sein, dafs er überwältigend wirkt. Untersucht man z. B. zwei Haupttypen wie Lupus vulgaris und die ulcerative miliäre Hauttuberkulose, wird man finden, dafs diese beiden Formen sich einander in allen Punkten durchaus entgegengesetzt zeigen. Am stärksten hat KAPOSI auf diese Distinktion verwiesen und mit seinem klinischen Scharfsinn nannte er die ulcerative miliäre Form die „eigentliche“ Hauttuberkulose, trotz der ätiologischen Fakta aber wollte er Lupus nicht zu der wahren Tuberkulose zählen.

Die schmerzhaften, flachen, ausgezackten, sehr bazillenhaltigen Geschwüre der eigentlichen Hauttuberkulose um die natürlichen Öffnungen herum bei Individuen, die alle Phthisis pulmonis (oder eine andere Form von Visceraltuberkulose) haben, unterscheiden sich ja auch gänzlich von Lupus vulgaris, dessen indolente, chronische, chrakteristische Knötchen mit äufserst seltenen Bazillen bei Individuen vorkommen, die sich sonst gewöhnlich einer ausgezeichneten, oft blühenden Gesundheit ohne Zeichen der Phthisis pulmonis erfreuen.

Namentlich aber auf den Schleimhäuten ist der Unterschied zwischen den beiden Affektionen sehr deutlich. Die Tuberkulose in Larynx z. B. erzeugt Heiserkeit, heftige Schmerzen, Schluckbeschwerden und ihre ödematösen Infiltrate und ausgezackten Ulcerationen haben ganz andere Lokalisationen als die lupösen Knötchen und Geschwüre, die, auch wenn sie stark entwickelt sind, nur geringe oder gar keine Heiserkeit erzeugen,

niemals Schmerzen noch Schluckbeschwerden, gutartig sind im Vergleich mit der Tuberkulose. Der Unterschied tritt besonders zu Tage, wenn beide, von den Laryngologen sehr wohl unterschiedenen Leiden gleichzeitig auftreten. Solches gleichzeitiges Auftreten aber zeigt, daſs wir hier Infektionen mit zwei verschiedenen Virusarten gegenüberstehen. Es läſst sich in keiner anderen Weise erklären. KAPOSI behauptet ferner, daſs man niemals eine Schleimhauttuberkulose Lupus erzeugen, noch Lupus in Tuberkulose übergehen sieht.

Am leichtesten läſst sich das Verhältnis zur Phthisis pulmonis übersehen. Es ist eine Tatsache, daſs Phthisis bei allen Fällen der ulcerativen miliären Hauttuberkulose vorkommt, während Phthisis bei Lupus nicht öfter vorkommt als bei anderen Krankheiten. Bei 800 Fällen von Lupus in FINSENS Klinik war 14 % Phthisis zu finden. Andererseits ist es ebenfalls interessant, daſs die Phthisiker auf den Sanatorien nicht Lupus bekommen. Man findet kaum einen Lupusfall bei 4000 Phthisikern (RAW).

Die Phthisiker bekommen nicht Lupus und die Lupösen nicht Phthisis öfter als andere Menschen. Pathologisch ist es zwar eine Tatsache, daſs Lupus eine Tuberkulose der Haut ist, klinisch aber ist Lupus ebenso weit von Tuberkulose und Skrophulose wie von Syphilis und Lepra entfernt (KAPOSI).

Was ist denn aber Lupus?

Da ich während des Sommers 1904 eine Anzahl Besuche in FINSENS Lichtinstitut in Kopenhagen machte, wo täglich ca. 200 Lupöse behandelt werden, fiel es mir gleich auf, daſs der Oberarzt die Patienten duzte. Auf meine diesbezügliche Frage antwortete er: „Sie sind ja alle vom Lande.“ Und tatsächlich duzte er an dem Tage alle auſser einem einzigen. Da ich alsdann in den groſsen Saal hinunterging, wo die Behandlung stattfindet, fragte ich einen Patienten: „Was sind Sie?“ „Viehhirt,“ sagte er. Ein anderer Patient antwortete auf dieselbe Frage. „Melkerin.“ Ein dritter wieder: „Viehhirt“ usw. „Es sind merkwürdig viele Viehhirten und Melkerinnen unter Ihren Patienten“, sagte ich zum Oberarzt. „Ja,“ sagt er, „die Leute können ja bei ihrem Aussehen nichts anderes werden.“

Diese Sachlage machte mich nachdenklich.

Leider gestattete man mir nicht das groſsartige Material des Lichtinstitutes gründlich zu untersuchen, es zeigte sich jedoch meiner oberflächlichen Prüfung, daſs zirka neun zu zehn aller lupösen Patienten Landbewohner waren.

Natürlich ist dies sehr merkwürdig. Warum sollte Lupus besonders auf dem Lande auftreten, wo in den Armenvierteln der Groſsstädte eine so lebhafte Entwicklung der anderen Formen der Tuberkulose stattfindet und eine reiche Gelegenheit zur Infektion ist? Dies Verhältnis kann hier nicht auf Zufälligkeiten beruhen, da das Kopenhagener FINSENsche Licht-

institut alle Lupösen in Dänemark umfaſst. Dazu kommt die Beschäftigung der Patienten. Es sind Viehhirten, Melkerinnen, Landwirte und Landwirtsfrauen und -Kinder, Schlachter, oder auch Häusler, die jedoch Kühe halten. Kurz, Leute, die täglich bei ihrer Beschäftigung mit Kühen oder deren Produkten in Berührung kommen — bis auf wenige Ausnahmen.

Diese Beobachtungen haben mir die Idee zu der Hypothese gegeben, daſs Lupus vulgaris eine spezifische Rindertuberkulose der menschlichen Haut und Schleimhäute ist.[1]

Hiermit wird der rätselhafte Gegensatz zwischen Lupus und der „eigentlichen" miliären ulcerativen Hauttuberkulose erklärt. Hieraus versteht man, warum Phthisis pulmonis nicht häufiger bei Lupus als bei anderen Krankheiten vorkommt und deswegen in keinem Kausalverhältnis zu Lupus stehen kann, während man sie bei allen Fällen der eigentlichen Hauttuberkulose findet. Hieraus erklärt sich der scharfe Unterschied zwischen den klinischen Bildern der beiden Krankheiten auf Haut und Schleimhäuten und der ebenso ausgesprochene Unterschied in ihrem Verlauf und in ihrer Behandlung. Es ist erklärlich, weshalb die Patienten bei Lupus ihre Fülle bewahren, warum die Virulenz des Lupusbacillus so gering ist und der Verlauf so extrem chronisch. Die Rindertuberkulose ist in einen für sie weniger günstigen Boden umgepflanzt.

Es ist erklärlich, warum nur arme Leute infiziert und die Reichen nicht angegriffen werden. Warum Frauen und Kinder bei weitem häufiger angegriffen werden als Männer. Es sind die Frauen, die bei ihrer täglichen Hausarbeit mit dem Vieh oder dessen Produkten in Berührung kommen (beim Melken, Kneten der Butter, Zubereiten von Fleisch) und die halberwachsenen Kinder, die ihnen dabei helfen. Die Hände werden während der Arbeit infiziert und mit dem Nagel wird der Infektionsstoff in die Schleimhaut der Nase eingeimpft. Man begreift, daſs Lupus augenscheinlich eine Inokulationstuberkulose ist (Unna) und daſs der rechte Arm weit häufiger angegriffen ist als der linke.

Diese Hypthothese wird vor allem für die Pathogenese und Systematik der Hauttuberkulose Bedeutung bekommen können. Sie wird die bunte Mannigfaltigkeit erhellen. Einige Fälle werden reine Rindertuberkulose sein, andere reine Menschentuberkulose und wieder andere eine Mischung von Rindertuberkulose und Menschentuberkulose (Skrophuloderma). Natürlich kommt es vor, daſs ein Tuberkulöser mit Lupus infiziert wird, und es ist ziemlich häufig der Fall, daſs ein Lupöser mit Tuberkulose infiziert wird, oder eine gleichzeitige Infektion mit Rinder- und Menschentuberkulose kann stattfinden, z. B. durch die Behandlung von Geschwüren mit

[1] Die Hypothese wurde am 19. November 1904 in der *Wochenschrift für Ärzte (Ugeskrift for Læger)* veröffentlicht. Später habe ich die ähnlichen Gedanken von Raw erfahren.

„nüchternem Spuck und Milch". Nur darf man solche Mischfälle nicht für Indentität halten.

Die Hypothese wird ferner in der grofsen Tuberkulosefrage leitend sein können. Sie wird die absolute Verschiedenheit der beiden Tuberkulosen zeigen können, gleichzeitig aber der Rindertuberkulose einen früher nicht geahnten Umfang geben.

Es gilt jedoch Beweise für ihre Richtigkeit zu führen.

1. Den sicheren Beweis wird man natürlich nur durch eine vergleichende Reihe Impfungen von Rinder- und Menschentuberkulose auf Menschen erhalten können. Die Affen taugen augenscheinlich nicht dazu, weil sie für beide Tuberkulosen gleich — oder sogar in stärkerem Grade für Rindertuberkulose — empfänglich sind, obgleich man aus Krauses Versuchen auf die Verschiedenheit der beiden Tuberkulosen schliefsen mufs.

Mangels exakter Impfungen mufs man sich indes mit zufälligen Inokulationen begnügen, und hier findet man in der Literatur eine grofse Anzahl von Fällen. Diese sind jedoch nur sehr schwierig in Einzelfällen anzuwenden, weil man nicht in jedem einzelnen Fall mögliche andere tuberkulöse Infektion ausschliefsen kann. Die Fälle müssen summarisch genommen werden.

Für ziemlich wahrscheinliche Inokulation mit Menschentuberkulose sprechen eine Anzahl Fälle von Infektion bei der rituellen Circumcision, wenn die frischen Wunden von einem phthisischen Operateur ausgesaugt werden. Resultat: Tuberkulöse Ulcerationen, tuberkulöse Adeniten, allgemeine Infektion, mors in 40 bis 50%.

Schwierig festzustellen sind eine Reihe Beobachtungen von tuberkulösen Ulcerationen an den Fingern; ebenfalls die sogenannten Leichentuberkel bei Medizinern, Anatomiedienern und Wärterinnen. In einzelnen Fällen bleiben die Infektionen während längerer Zeit lokal, in anderen Fällen entstehen Adeniten und allgemeine Infektionen.

In solchen Fällen ist überwiegende Wahrscheinlichkeit für Inokulation mit Menschentuberkulose. Summarisch genommen geben diese Inokulationen nicht Lupus.

Eine andere Reihe von wahrscheinlicher Inokulation mit Rindertuberkulose bildet die sogenannte Tuberkulosis verrucosa cutis (Riehl) an den Händen der Schlachter, Tierärzte, Dienstmädchen, Landwirte u. a. Zu wiederholten Malen wurde Lupus als auf diese Art entstanden konstatiert, eine Form, die von Unna u. a. einfach für Lupus gehalten wird. Die Selbstimpfung Garnaults mit Rindertuberkulose gab diese Form als Resultat.

Von Inokulationslupus ist eine Reihe Fälle veröffentlicht. In einigen ist die Infektionsart gar nicht angegeben. In anderen vermutet der Ver-

fasser eine Möglichkeit der Infektion mit tuberkulösem Sputum. (WOLTERS, BEHREND, CARLET, SURA u. a.) In wieder anderen wird Milch als Infektionsquelle angegeben (WAHL, DEMME, PRIESTER). Es ist nahezu unmöglich, diesen Fällen auf den Grund zu kommen. Künftige Untersuchungen über Inokulationstuberkulose, wo eine Infektionsart sehr genau festgestellt wird, andere ausgeschlossen werden, werden die Frage erhellen können.

2. Zweitens wird man Beweise führen können durch eine grofse Reihe anamnestischer Untersuchungen über Lupöse.

Es gilt die Infektionsmöglichkeit zu konstatieren, der der Patient während des Entstehens der Krankheit ausgesetzt war. Es genügt nicht zu konstatieren, ob der Patient aus der Stadt oder vom Lande war, als die Untersuchung statthatte, wie man es früher tat. Eine Melkerin wird leicht zur Näherin, um zur Behandlung in die Stadt zu kommen; es zeigt sich bei näherer Untersuchung, dafs das Kind eines Tischlers vielleicht seine Kuh melkt, und für einen Familienlupus wird vielleicht leicht die Infektionsquelle in einem tuberkulösen Kuhbestand zu finden sein, oder auch von der speziellen Gewohnheit einer Hausfrau, Ekzem und Geschwüre mit Sahne zu behandeln, herrühren. Soweit dies möglich ist, mufs der Anfang der lupösen Krankheit und zwar der Schleimhautkrankheit festgestellt werden, und ob der Patient an dem Zeitpunkt besonders der Ansteckung von Rindertuberkulose ausgesetzt war. (Ernährung mit roher Milch, Melken, Füttern, Schlachten, Behandlung von Fleisch, Milch, Butter, Häuten und Dünger.) HAASE hat auf ausdrückliches Befragen gefunden, dafs 9 von 30 Patienten (ca. 30%) angaben, dafs sie beim Erscheinen der Krankheit „viel mit Kühen zu tun hatten".

Falls man überall in den Lupusheilstätten derartige genaue anamnestische Untersuchungen anstellte, würde man die Bedeutung der Rindertuberkulose klarlegen könnnen.

3. Aus diesen direkten Beweisen könnte man einen indirekten Beweis erhalten durch die Untersuchung der Länder, wo die Einwohner kein Vieh als Haustiere halten, und darüber gibt es bereits interessante Beobachtungen.

Auf der dänischen Insel Grönland beim Nordpol haben die Eskimos keine anderen Haustiere als Hunde. In den kleinen Höhlen und Hütten ist ein günstiger Erdboden für Tuberkulose und unter den Grönländern ist auch Lungentuberkulose sehr verbreitet. Lupus gibt es jedoch nicht dort, infolge der mir von Dr. VESTERGAARD gemachten Mitteilung. Kein Vieh — kein Lupus.

Ferner ist es bekannt, dafs Lupus in Japan sehr selten vorkommt. Die Japaner halten nur Ochsen als Zugtiere, Milch, Butter und Käse wird nicht gemacht und nicht gegessen.

Schliefslich ist es europäischen Spezialisten aufgefallen, dafs es in Europa zehnmal so viel Lupus gibt wie in Nordamerika. In Amerika weiden die Herden in grofsen Scharen im Freien. Dort gibt man sich sehr wenig mit Melken ab. Keine Melkerei — kein Lupus.

Fortgesetzte Untersuchungen über Tuberkulose in nicht-Viehzüchtenden Ländern könnten wertvolle Aufklärungen zu Tage fördern.

4. Schliefslich würde man durch die spezifische Therapie mit Tuberkulin gute Aufklärungen erhalten können. Nach dem Erscheinen von Wrights Opsoninlehre wurde Tuberkulin wieder in grofsem Mafsstabe bei Lupus angewandt. Die Erwartungen sind enttäuscht worden. Wright selbst notiert eine Heilung, sonst aber keine sichtbare Wirkung. Dagegen hat er ausgezeichnete Resultate bei ulceröser und fungöser Hauttuberkulose gehabt. Lassar meint, dafs Tuberkulin bei Lupus wirkungslos ist, ein Spezifikum aber bei rein ulceröser und fungöser Hauttuberkulose. Die Erklärung hierfür, liegt darin, dafs man bisher T. R., das ist Tuberkulin von dem humanen Tuberkelbacillus, angewandt hat. Dies stimmt nun mit Wrights Lehre und meiner Hypothese, dafs dieses Tuberkulin ein Spezifikum bei der humanen Hauttuberkulose ist, jedoch wirkungslos bei der bovinen Hauttuberkulose, Lupus. Bei Lupus mufs man Perlsuchttuberkulin anwenden. Ein Fall von Lupus ist von Bandelier mit Perlsucht-Alttuberkulin geheilt. Dies ermutigt zu weiteren Versuchen. Viele Forscher meinen, beobachtet zu haben, dafs mit T. R. Besserungen eingetreten sind. Andere haben Verschlimmerungen wahrgenommen. Sollte aber Perlsuchttuberkulin künftig bedeutend bessere Resultate bei Lupus erzielen, wäre dies ein Beweis für die Richtigkeit der Hypothese, die dadurch auch schon ihren grofsen Nutzen getan hat.

Wie hieraus zu entnehmen ist, spricht Vieles für die Richtigkeit der Hypothese. Die nächste Aufgabe wird sein, bei Verbindungen von Lupus mit anderen tuberkulösen Affektionen den Gedanken weiterzuführen und vielleicht auf diesem Wege zu einer Lösung der grofsen und schwierigen Tuberkulosefrage zu gelangen, für deren Entstehung Koch die Ehre gebührt.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Februar 1910.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

1. Bruhns demonstriert einen Mann mit schon langdauerndem **Pemphigus** und starker **Arsenkeratose** an Handtellern und Fufssohlen.

2. Bruhns und Alexander besprechen ihre Experimente über **Immunität gegen Trichophytonpilze.** Die Immunität ist nicht absolut, fehlt ganz gegen oberflächlich

wachsende Pilze. Im allgemeinen ist der Schutz um so gröfser, je tieferliegende Veränderungen durch das Trichophyton erzeugt worden waren.

Diskussion: TOMASCZEWSKI hat ganz ähnliche Resultate gehabt. Er macht besonders auf den spontanen Pilzschwund bei tiefen Trichophytien aufmerksam. BAUM bringt Beispiele sehr lange dauernder tiefer Trichophytie bei; HELLER, FR. LESSER und ARNDT besprechen ebenfalls klinische Besonderheiten.

3. BAUM demonstriert ein junges Mädchen mit Ödemen und blauroten Veränderungen an den Unterschenkeln als **Erythème induré BAZIN**.

Diskussion: ARNDT, BLASCHKO und SCHULTZ halten die Affektion für oberflächlicherer Natur und nicht zum Erythème induré BAZIN gehörig.

4. BRUHNS demonstriert die Moulage eines Falls von **Ulcera mollia am Unterschenkel**. Die Impfung ist durch Zufall vom Patienten erzeugt worden.

5. ADLER demonstriert einen Fall von ausgedehnter, ganz flacher Psoriasis.

6. PINKUS spricht über die **syphilitischen Veränderungen der Zilien**.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15./28. Oktober 1909.

(Übersetzung des offiziellen Protokolls von ARTHUR JORDAN.)

1. SAWELJEW machte Mitteilung über die **Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Kohlensäureschnee**, wobei er diese Behandlungsart, wie zwei auf diese Weise behandelte Kranke vorführte.

In Anlafs dieser Mitteilung bemerkte MESCHTSCHERSKY, dafs die zurzeit in der Moskauer dermatologischen Klinik angestellten Versuche der Behandlung mit Kohlensäureschnee noch nicht abgeschlossen sind, so dafs es verfrüht wäre, ein abschliefsendes Urteil zu fällen. Es läfst sich nur sagen, dafs sich diese Behandlungsart durch grofse Billigkeit, Einfachheit und Schnelligkeit auszeichnet. Über den Wert derselben läfst sich aber auch auf Grund der in der Literatur veröffentlichten Fälle noch schwer urteilen, da die Ansichten einerseits sehr verschieden lauten und andererseits auch nicht genügend zahlreich sind.

2. MUCHIN (Gast) stellte eine Kranke mit **universellem Sklerom und Sclerodaktylia mutilans** vor.

Hierzu bemerkte MESCHTSCHERSKY, dafs eine intensive Behandlung dieses Falles mit Thiosinamin ganz ohne Effekt geblieben ist. Hinsichtlich der Behandlung dieses Leidens überhaupt mit Thiosinamin hat er den Eindruck gewonnen, dafs es in der Mehrzahl der Fälle keine Wirkung hat, in einigen wenigen Fällen eine zeitweilige Besserung veranlafst. Besonders lehrreich war in dieser Hinsicht ein, im Jahre 1908, in der Klinik zur Beobachtung gekommener und in demselben Jahre in dieser Gesellschaft vorgestellter Fall von universellem Sklerom mit Sclerodaktylia mutilans, wo im ganzen 25 g Thiosinamin, in drei Kuren, ohne jeden Erfolg injiziert wurden. Einerseits nahm die Sklerodaktylie weiter zu, andererseits entwickelten sich hartnäckige, atonische Geschwüre an den Füfsen und Händen.

Prof. POSPELOW weist gleichfalls auf die Wirkungslosigkeit der Behandlung von Sklerom mit Thiosinamin hin, was auch Prof. JADASSOHN bestätigt hat. Die besten Resultate bei Behandlung dieses Leidens wurden noch in der Klinik erzielt durch Massage und Wärme, in Gestalt trockener Hitze und lokaler Bäder.

3. MESCHTSCHERSKY demonstriert eine Kranke mit **Ichthyosis hystrix nigricans**.

4. LEWTSCHENKOW zeigte mikroskopische Präparate von Spirochaeta pallida, gefärbt nach der Methode von BURRI.

Sitzung vom 7./20. Februar 1910.

(Originalbericht von ARTHUR JORDAN-Moskau.)

1. Stud. HAMRAD-KUREK sprach über die **Veränderungen des Stickstoffumsatzes bei Psoriasis vulgaris.**

Die in einem Fall von universeller Psoriasis vorgenommenen Stickstoffuntersuchungen vor und nach der Kur (Arsenikinjektionen und Chrysarobinsalbe) ergaben eine beträchtliche Zunahme des Stickstoffumsatzes während der Behandlung.

2. MESCHTSCHERSKY berichtete, an der Hand einer Moulage, über einen Fall von **Ulcus blennorrhoicum serpiginosum.** Der betreffende 35jährige Patient, welcher Lues gehabt hatte und an chronischem Tripper litt, erkrankte an Geschwüren, zuerst des Penis, dann auch des Skrotums, welche weiterkrochen und klinisch den Eindruck von weichen Schankern hervorriefen. Erst die bakteriologische Untersuchung klärte den Fall auf, indem sich keine DUCREYschen Streptobazillen, sondern der Gonococcus Neisseri fand. Unter Protargolwaschungen und Lapisbeizung schwanden die Geschwüre, aber es kam noch zu einem Bubo duplex.

3. BOGROW sprach, unter Demonstration einer photographischen Aufnahme, über einen Fall von **Pseudo-HUTCHINSONschen Zähnen.** Es handelte sich um eine scharfe Einschneidung des einen oberen, wie des entsprechenden unteren Schneidezahnes in Folge beständigen Kauens von Zwirn bei einer Nähterin. Nach Angabe der Kranken sollen zwei Schwestern, die denselben Beruf ausüben, dieselbe Veränderung haben, so dafs eine angeborene Brüchigkeit der Zähne anzunehmen ist.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 99, Heft 3. Januar 1910.

1. **Fall von Ecthyma térébrant de l'enfance,** von E. WELANDER-Stockholm. Scharfgeschnittene, in normaler, nicht entzündlicher Haut sitzende, ungewöhnliche Ulcerationen in den behaarten Teilen des Kopfes, sowie an der rechten Hand und am Gesäfs bei einem dreijährigen Mädchen. Antecedentien und Untersuchung auf Tuberkulose und Syphilis negativ. Langsame Heilung (in drei Monaten) durch antiseptische Lokalbehandlung mit Quecksilbercyanid. Die bakteriologischen Nachforschungen machen es wahrscheinlich, dafs Staphylokokken die Ursache der Erkrankung gewesen sind.

2. **Beiträge zur Wirkung von Hyperämie und von mechanischen Reizen auf die Epidermis.** (Mitosenzahl im Epithel benigner Tumoren und nach Stauung und Reibung; Histologie der Reibungsblasen), von W. TEREBINSKY - St. Petersburg. Zahlreiche experimentelle Versuche, angestellt an der dermatologischen Klinik zu Bern, die etwa folgende Resultate gegeben haben: 1. Im Epithel von senilen Angiomen, weichen Naevis und Fibromen finden sich Mitosen bald in normaler Zahl, bald deutlich vermehrt, ohne dafs bestimmte Differenzen zwischen den drei Tumorformen oder Beziehungen der Mitosenzahl zur Gefäfsversorgung nachweisbar gewesen wären. 2. Sowohl die Stauungshyperämie wie die Reibung hatten in den angestellten Tierversuchen (an Katzenpfoten) eine Vermehrung der Epithelmitosen zur Folge. 3. Bei künstlich erzeugten Reibungsblasen ergab die histologische Untersuchung gröfsere einheitliche Blasen unter der Hornschicht, resp. unter der Körnerschicht oder im Rete, aufserdem kleine Blasen in der Umgebung, die aus dem auch sonst in der Nachbarschaft nachweisbaren intrazellären Ödem entstanden waren.

3. **Favus beim Neugeborenen,** von Florio Sprecher-Genua. Es handelt sich um ein Kind, an welchem 15 Tage nach der Geburt zuerst zwei erythematöse, dann squamös-erythematöse Flecke auftraten, auf denen sich binnen einigen Tagen typische Favusscutula entwickelten. Der Ursprung der Infektion konnte nicht festgestellt werden. Die Diagnose wurde durch die Kultur des Achorion Schönleini einwandfrei bewiesen. *W. Lehmann-Stettin.*

The British Journal of Dermatology.

Februar 1910.

Chronische Purpura von zweijähriger Dauer, verbunden mit maligner Endocarditis, fälschlicherweise als mit Milzanämie zusammenhängend angenommen, von F. Parkes Weber-London. Patient war ein 29jähriger Seemann, bei dessen Lebzeiten die Krankheit auf chronische Milzschwellung mit Anämie (Banti'sche Krankheit) zurückgeführt wurde; nach deren raschen, zum Tode führenden Verlauf ergab aber die Sektion, dafs eine chronische maligne Endocarditis die Ursache sowohl der Purpura und der Hautpigmentierung an beiden Beinen, wie der hochgradigen Anämie war. Genauer Sektionsbefund und mikroskopische Untersuchung von Milz, Leber, Nieren und Knochenmark.

Bemerkungen über einen abnormen Fall von Dermatitis, von Hildred B. Carlyll. Es handelte sich um ein neugeborenes, normal entwickeltes Kind, bei dessen Geburt zwei rote, etwa zehnpfennigstückgrofse Flecken im Gesicht und am Rumpf vorhanden waren. Diese Flecken wurden gröfser, erhoben sich als Blasen, welche platzten und klare Flüssigkeit enthielten. Andere Flecken traten, hauptsächlich am Nacken und den Fingerenden, auf und verhielten sich in ähnlicher Weise. Fieber stellte sich ein (bis zu 39° C.) und die Epidermis löste sich in grofsen Stücken am unteren Teil des Gesichtes, Nacken, Armen, Händen, Gesäfs, Beinen und Füfsen ab. Die Haut am Bauch, kleinen Teil des Rückens und am Oberschenkel war normal. Das Kind war aufserordentlich reizbar und starb am 11. Tage nach der Geburt. Autopsie wurde nicht gemacht. Ein ähnlicher von Hellier beschriebener Fall wird von Crocker als eine schwere Form von Pemphigus neonatorum angesehen; im vorliegenden Falle kamen aber eigentliche Blasen nicht zur Beobachtung. (Ob es sich hierbei nicht um eine schwere Form der gar nicht seltenen Epidermolysis bullosa handelte? Referent.) Mit zwei Abbildungen.

Die Londoner Ringwurm-Schule. Ein Bericht über deren Leistungen, speziell in Beziehung auf die X-Strahlenbehandlung, von H. G. Adamson. Es wurde festgestellt, dafs von den $^3/_4$ Millionen Schulkindern Londons etwa 2950 jährlich an Ringwurm des Kopfes erkranken; aufser dieser Zahl sind noch 800 (von 20000 kleinen Patienten) als Spitalskranke wegen derselben Erkrankung interniert. Von diesen Elementarschulkindern Londons wurden einige Tausende in den letzten fünf bis sechs Jahren mit X-Strahlen behandelt. Während früher der Aufenthalt der Ringwurm-Patienten in der speziell für sie bestimmten Schule, wo ihnen auch die entsprechende methodische Behandlung zuteil wird, im Durchschnitt 19 Monate betrug, sank diese Dauer mit der Röntgenbehandlung auf fünf, im letzten Jahre (1909) sogar auf vier Monate. A. stimmt mit Sabouraud und Colcott Fox darin überein, diese Methode der Ringwurmbehandlung eine nahezu ideale in bezug auf Schmerzlosigkeit, Sicherheit und Schnelligkeit der Wirkung zu nennen. Trotzdem vermag sie nur wenig gegen die Weiterverbreitung des Leidens, wenn nicht eine Reihe strenger prophylaktischer Mafsnahmen unter den Schulkindern systematisch durchgeführt werden.

Stern-München.

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Januar 1910.

Sieben Fälle von Dermatitis exfoliativa mit tödlichem Ausgang bei fünfen, von JOHN T. BOWEN-Boston. Bei den fünf tödlich verlaufenen Fällen handelte es sich grofsenteils um ältere (57- bis 60jährige) Leute, bei welchen das Hautleiden mehrere Jahre zurückdatierte. Eine Atrophie der Haut als Endstadiums des Leidens war hier nicht vorhanden und war dies das einzige Merkmal, welches dasselbe vom Pityriasis rubra differenzierte. B. erhebt daher die Frage, ob dieses genügt, um eine von Pityriasis rubra zu trennende Hautaffektion aufzustellen. Von den zwei anderen Fällen betraf der eine einen 57jährigen Mann, der andere einen zwölfjährigen Knaben und war bei ersterem der Zustand lange Zeit ein sehr ernster geblieben. B. fand bei der histologischen Untersuchung seiner Fälle in keinem den von LELOIR und VIDAL als pathologisch beschriebenen Zustand destruktiver Veränderung im Bindegewebe des Coriums, speziell um die Blutgefäfse. Den Fall, welcher den zwölfjährigen Knaben betraf und mit Bläschenbildung begann, möchte B. eher als rekurrierende Dermatitis scarlatiniformis bezeichnen, deren Trennung von der allgemeinen Klasse der Dermatitis exfoliativa ihm am meisten zusagen würde.

Bemerkungen über die Behandlung der Alopecia areata und Dermatitis exfoliativa, von GEORGE T. JACKSON - New York. J. hat acht Fälle von Alopecia areata mit der Eisenlichtlampe — ohne Quarzlinse — behandelt und selbst bei hartnäckigen Fällen dieser Hautkrankheit guten Erfolg damit erzielt. Die Sitzungen wurden alle zwei bis vier Tage wiederholt: nach ein paar Sitzungen ist der dem Lichte exponierte Teil etwas gerötet, gebräunt, wie wenn er den Sonnenstrahlen ausgesetzt gewesen wäre und J. glaubt, dafs vor allem die Hitze den heilsamen Einflufs der Eisenlichtlampe hervorruft. Die lange Dauer der Behandlung — mehrere Monate — ist vielleicht der einzige Übelstand, welcher dieser Methode anhaftet.

J. bespricht dann weiterhin den heilsamen Einflufs der innerlichen hohen Chinin-Gaben (bis zu 0,5—0,6 g alle vier Stunden) auf die Dermatitis exfoliativa und führt einige Fälle prompter Heilung mit diesem Mittel an, ohne dafs irgendwie schädliche Nebenwirkungen vorhanden waren.

In der Diskussion, die diesem Vortrage J.s (auf der 33. Jahresversammlung der amerikanischen dermatologischen Vereinigung, Philadelphia, 3.—5. Juni 1909) folgte, hob SCHAMBERG hervor, viele Fälle von Alopecia areata kämen unter jeder beliebigen Behandlungsart zur Heilung; er habe sich zwar viele Jahre mit der Lichttherapie beschäftigt, aber einen besonders grofsen Erfolg bei Alopecia damit nicht konstatieren können. Jedenfalls sind hierbei die blauen und violetten Strahlen die wirksameren, während die Ultravioletten die Haarpapillen nicht erreichten, wie auch SCH. mit der ultravioletten Lampe bei totaler Alopecia keinen Erfolg hatte.

JAMES NEVIN HYDE berichtet kurz über vier Fälle von Dermatitis exfoliativa, die mit Chinin behandelt wurden und nur zum Teile Besserung aufwiesen.

GEORGE PERNET hat verschiedene Fälle von Pityriasis rubra mit Chinin behandelt und viel Erfolg damit erlebt. Bei grofsen Dosen ist es besser, dasselbe in Schüttelmixtur (dreimal täglich vor dem Essen) zu geben; immerhin dürfte bei der Chinintherapie nicht schematisiert, sondern müsse jeder Fall genau individualisiert werden.

Zwei wichtige Parasiten der Haut, von EMILIO COSTA-Padua. Der eine dieser Parasiten, Dermatobia noxialis, verursacht durch seine Larven, die in die Haut des Menschen eindringen und sich dort entwickeln, als einzige Affektion Schwellungen und Beulen von oft ganz kolossalem Umfang. Die Dermatobia noxialis kommt besonders häufig im tropischen Amerika vor und hat hier verschiedene Namen (in Brasilien: Torcel, in Mexico: ve moyocuil, Bicho u. s. f.). Die ausgewachsene Fliege,

deren vollkommene Entwicklungsgeschichte durch brasilianische Forscher (MALGALHAES u. a.) bekannt wurde, legt die Eier auf die Oberfläche der Haut, besonders der Haare; die Larven betten sich, sobald sie sich geöffnet haben, in den Follikeln ein, kriechen weiter nach innen, indem sie die letzteren ständig ausdehnen, und bewirken den Ausfall der Haare. Die Follikelwände bleiben zwar intakt, aber werden unter der ständigen Reizung, der sie ausgesetzt sind, aufserordentlich hypertrophisch; so wird die fibröse resistente Kapsel geschaffen, die eine Dicke bis zu 60 mm erreicht und in der der Parasit eingeschlossen ist. Pathogene Keime können die Affektion komplizieren und Phlegmone (umschriebene oder diffuse), Erysipel und sogar Tetanus verursachen. Zur Vernichtung des Parasiten sind von den Eingeborenen verschiedene unblutige Methoden ersonnen worden, wie Auflegen des Saftes oder einer Paste von Tabaksblättern oder einer anderen Pflanze (Lecherillo); COSTA empfiehlt, wenn man nicht zum Messer greifen will, Applikationen eines mit 4%iger Karbollösung durchtränkten Wattebausches auf die Geschwulst: nach einer halben Stunde hört das Jucken und Stechen auf und am folgenden Tag kann der Parasit in Form einer länglichschwarzen Masse leicht entfernt werden.

Sarkopsylla penetrans ist ein ähnlicher Parasit, der ursprünglich ebenfalls im tropischen Zentralamerika vorkam, dann an die afrikanische Küste übertragen und sich nun in Afrika, speziell am Kongo, in erschreckendem Mafse verbreitet hat. Er befällt mit Vorliebe die unbekleideten Füfse und Zehen, wo er Eiterungs- und Geschwürsprozesse oft hartnäckiger Art verursacht. Die beste Behandlungsmethode ist die Extraktion des Parasiten, bevor es zur Ulceration kommt. Die Auswanderer haben eine aufserordentliche Geschicklichkeit in dieser Operation im Laufe der Praxis erreicht; in Cayenne wenden die Eingeborenen Quecksilbersalbe an, die Indianer legen auf die Haut stark riechende Substanzen, wie Tabakssaft, Carapaöl usw. Die Prophylaxe ist aber besonders wichtig: entsprechende Unterkleidung, tägliche Fufsbäder, niemals auf dem blofsen Erdboden schlafen u. a. m. Mit (sieben) sehr treffenden Abbildungen.

Bemerkungen über einige, im fernen Osten beobachtete Hautkrankheiten, von L. DUNCAN BULKLEY-New York. Im allgemeinen fand B. bei seinem Besuche in Japan, Korea, China, den Philippinen, Siam, Ceylon, Indien und Ägypten eine relativ geringe Häufigkeit von Hautkrankheiten, wiewohl von seiten vieler Autoren die gegenteilige Behauptung aufgestellt wird. Folgende Arten unterzog er bei dieser wissenschaftlichen Reise besonderer Beobachtung: 1. Lepra, eine sicher in manchen Gegenden des Ostens vorherrschende Affektion, und davon schien wiederum die tuberöse Form die häufigste zu sein; die Behandlung mit X-Strahlen hat hierbei sehr beachtenswerte Resultate gegeben. 2. Syphilis fand B. unter den Eingeborenen selten. 3. Von Framboesia oder Yaws studierte B. etwa zwei Dutzend Fälle aller Formen und kam zur Überzeugung, dafs es sich hierbei um eine von Syphilis verschiedene Affektion handelte und deren Ursache, wie CASTELLANI dargetan habe, Treponema pertenuis, eine Spirochätenart, sei. 4. Carcinom scheint aufserordentlich selten zu sein und B. ist geneigt, dies auf die beinahe ausschliefslich vegetarische Diät der Eingeborenen zurückzuführen; ebenso war dies der Fall mit 5., dem Oberflächen-Epitheliom. 6. Lupus vulgaris ward gelegentlich gefunden, noch häufiger aber Hauttuberkulose mit oder ohne gleichzeitiger Lungentuberkulose, die in den östlichen Ländern sehr häufig und verheerend vorkommt. In Madura (Indien) war B. erstaunt, nur wenige Fälle von 7. Mycetoma (Madura-Flufs) im floriden Stadium zu sehen, wiewohl es eine Menge Amputierter gab, da die einzige Behandlung des Leidens Amputation des affizierten Fufses oder Beines ist. Von sogenannten Tropengeschwüren sah B. nirgends wirklich charakteristische Fälle und er möchte fast glauben, dafs damit

eine Reihe anderer gewöhnlicher Hautaffektionen, die in den Tropen vielleicht eine besondere Form annehmen, bezeichnet würden. Ekzema ist sehr selten und Psoriasis nahezu unbekannt, was nach B.s Ansicht vielleicht auch mit der vegetarischen Diät zusammenhängt. Akne ist eine sehr häufig vorkommende Hautaffektion. Urticaria und Pemphigus scheinen sehr seltene Affektionen, von Beriberi sah B. eine Anzahl Fälle, die das flüchtige Anfangs-Erythem zeigten. Von parasitären (animalischen) Krankheiten soll Scabies häufig, Pediculosis jedoch selten sein, von den durch vegetabilischen Parasiten verursachten ist Pityriasis versicolor ziemlich häufig, sehr hartnäckig und der Behandlung trotzend, Tinea imbricata und tonsurans häufig, Tinea cruris (Dhobi itch) ebenso, wenn B. auch keine Gelegenheit hatte, Fälle von letzterer Affektion zu sehen. Schliefslich erwähnt B. noch der Pinta, einer durch einen Aspergillus verursachten eigentümlichen Hautaffektion, die besonders an Händen und Füfsen durch völligen Pigmentverlust (kreisrunden Flecken) sich charakterisiert.

Ein Fall von Pellagra in Massachusetts, von Clara P. Fritzgeralt-Worcester, Massachusett. Es handelte sich um eine 32jährige Frau, bei der an beiden Vorderarmen, Knien, Stirn und Wangen ein erythematös-squamöser Ausschlag, hochgradige allgemeine Schwäche und deliröser Zustand vorhanden war und das Leiden bald tödlich endete. Sie hatte niemals Korn oder Mais in irgendwelcher Form genossen. Die Autopsie ergab Bauchfelltuberkulose, so dafs F. die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Tuberkulose und Pellagra in Erwägung zieht. Mit zwei Abbildungen. *Stern-München.*

Folia urologica.

Band IV, Heft 7. Januar 1910.

1. **Zur Anatomie des retroperitonealen Bindegewebes und zur Frage der retroperitonealen Eiterungen (Paracolitis, Paranephritis, Retroperitonitis)**, von Heinrich Stromberg-St. Peterburg. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. **Meine Nephrektomiestatistik**, von I. Tansini-Pavia. Unter 47 Operationen einen einzigen Todesfall; T. schreibt seine vorzüglichen Resultate allein seiner Technik zu, da er schon zu einer Zeit, als die neuen funktionellen Untersuchungsmethoden noch nicht allgemein eingebürgert waren, diese guten Resultate hatte, und bis heute noch nie den Ureterenkatheterismus ausgeführt hat. Der wichtigste Punkt der Technik ist die Hämostase, die er sicher erreicht durch Abklemmung des Hilus einschliefslich der grofsen Gefäfse und des Ureters, sowie die schnelle Beendigung der Operation.

3. **Neopyeloplastik bei grofsen Hydronephrosen**, von S. Spassokukotzky-Saratow. Chirurgisch-Technisches.

4. **Elektrothermophor bei Blennorrhoe**, von Hans Vörner-Leipzig. Elektrisch erwärmbare Sonden können die Behandlung der Blennorrhoe fördern, doch ist eine Vernichtung der Gonokokken durch die Temperaturerhöhung der Harnröhre an sich aus physiologischen Gründen ausgeschlossen.

5. **Ein Beitrag zur Diagnostik der Urachusfistel**, von Karl Brüggemann-Berlin. In einem mitgeteilten Falle gab die Kystoskopie erwünschte Aufklärung.

W. Lehmann-Stettin.

Annales des Maladies vénériennes.

Band IV, Heft 12. Dezember 1909.

1. **Ein Fall von nacheinander auftretender multiplen harten Schankern des Abdomens**, von P. A. Pawloff-Moskau. Bei einem 23jährigen Soldaten fanden

sich neben Sklerosen am Glied ca. 20 sehr grofse kreisrunde Schanker in der Regio pubica und am unteren Teil des Abdomens, die, wie die Anamnese ergibt, erst nach und nach, jedenfalls später als die zuerst aufgetretenen Gliedgeschwüre, entstanden sein sollen. Dem Verfasser erscheint durch Kratzen hervorgerufene Autoinokulation plausibel.

2. **Hypertrophische Narben im Gefolge von „Syphilides acneico-folliculaires“.** Klinische und histo-pathologische Studie, von Giacomo Define-Neapel. Ein junger Mann von 21 Jahren kommt ungefähr ein Jahr, nachdem eine Injektionskur ihn von einem über fast den ganzen Körper verbreiteten syphilitischen klein-papulösen Ausschlag geheilt, wieder in ärztliche Beobachtung (mit einer Ulceration am Gliede), und wird hier darauf aufmerksam gemacht, dafs eine weifsfleckige Affektion am Rumpfe, teilweise auch an den Extremitäten besteht. Die einzelnen Läsionen machen einen narbigen Eindruck, sind glänzend weifs, von Stecknadelkopf- bis Linsengröfse, von rein-weifser Farbe, die von dem dunklen Kolorit der Haut scharf absticht, derb, auch auf Druck schmerzlos, und erheben sich bis zu einem halben Millimeter über das Niveau der Haut. Zu Gruppen von drei bis vier vereinigt, sind die Effloreszenzen ausschliefslich follikulär lokalisiert. Histologisch besteht die Hypertrophie ausschliefslich aus einer Hyperplasie der Bindegewebselemente der oberen Cutis. Spirochäten wurden nicht gefunden.

3. **Quecksilbersättigung,** von Baldomero Sommer-Buenos-Aires. Unter „Saturation mercurielle“ versteht S. einen Zustand, der sich im Anschlufs an eine mehr oder weniger ausgedehnte Hg Kur ausbildet, und sich, ohne eigentliche Symptome einer Intoxikation, äufsert in allgemeinem Unwohlsein, Blässe, Gewichtsabnahme, Appetit- und Schlaflosigkeit, sowie Verdauungsstörungen, die sich bald als Obstipation, bald als Durchfälle bemerkbar machen. Es handelt sich dabei stets um eine ungenügende Ausscheidung des Hg, oft auch, wie die mangelhafte Beeinflussung der zugrunde liegenden syphilitischen Erkrankung zeigt, um ungenügende Resorption. Darum werden therapeutisch empfohlen: kurzdauernde kalte Bäder, Schwefelbäder, Zittmannsches Dekokt und Jod.

4. **Chronischer infektiöser Ikterus splenomegalischen Ursprungs bei einem Hereditär-Syphilitischen,** von Edmond Fournier. Bei einem Manne von 43 Jahren findet sich der von Hayem gezeichnete Symptomenkomplex: Chronischer Ikterus beinahe von Kindesbeinen an; mäfsige vorübergehende Vergröfserung der Leber; aufserordentliche dauernde Milzvergröfserung mit progressiver Verhärtung; leichte Verdauungsstörungen; ausgesprochene Anämie; eigentümliche Blutveränderungen, besonders Verminderung der globulären Resistenz, morphologische Modifikationen der roten Blutkörperchen und Gallenfarbstoffe im Blutserum (während der Urin frei davon ist). Neben diesen Symptomen finden sich unzweifelhafte Erscheinungen hereditärer Syphilis.

5. **Multiple syphilitische Schanker. Untersuchungen nach Wassermann. Zeitpunkt des Auftretens der Reaktion. Einflufs der Behandlung,** von Ch. Fouquet und E. Joltrain. Ein 19jähriger Mann zieht sich einen Schanker der Tonsille zu; acht Tage nach dem Auftreten der ersten Symptome bemerkt er drei weitere Schanker an Glied und Skrotum. Die etwa acht Tage später vorgenommene Untersuchung ergibt Spirochäten, aber negativen Wassermann, der nach sechs Tagen leicht positiv ausfällt, nach weiteren vier Tagen komplette Reaktion gibt, die während der Behandlung und auch nach Abschlufs einer gründlichen Hg-Kur positiv bleibt.

W. Lehmann-Stettin.

Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venerologie.
(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)
1909. Nr. 9.

1. **Epidermolysis bullosa**, von Felix Malinowski. Beschreibung eines Falles von Epidermolysis bullosa congenita. Er betrifft ein Kind (Alter nicht angegeben, Ref.), das vom Verfasser während zweier Jahre beobachtet wurde. Einige Tage nach der Geburt entstanden Blasen an den Extremitäten, dann am Thorax und auf den Schleimhäuten des Mundes. Die Blasen konnten anfangs leicht durch Reiben hervorgerufen werden, was dann viel schwieriger geschah. Die Bläschen sind anfangs von einem rosa gefärbten Halo umgeben, der dann spurlos verschwindet. Nach einigen Tagen wird die Oberfläche der Bläschen weniger gespannt, teilweise gefaltet, die Blasen trocknen ein und bilden zarte Borken; nach Abfall der letzteren bleibt die Haut meist leicht glänzend und verjüngt, zum Zeichen einer geringgradigen Vernarbung. Mit der Zeit kommen die Blasen immer seltener zum Vorschein und zwar fast ausschliefslich auf den Fufssohlen und Handtellern. Die Haut erscheint hier dünner, glänzend, leicht gefaltet. Leicht atrophisch wurden auch die Nägel, besonders an den Zehen. Der Inhalt der Bläschen reagiert leicht alkalisch. Unter dem Mikroskop sieht man geronnenes Albumen, wenige multinukleäre Leukocyten und Lymphocyten und spärliche eosinophile Zellen. Die Impfung des Blaseninhaltes auf verschiedenen Nährböden ergab vollkommenes Fehlen von Bakterien.

Zur histologischen Untersuchung werden zwei Exzisionen zu verschiedenen Zeiten vorgenommen. Die anatomischen Bilder zeigten ein Ödem und ein Exsudat in der Papillarschicht. Die Flüssigkeit sammelt sich in der Basalschicht der Oberhaut, in den Zellen und zwischen denselben; die Bläschen entstehen zwischen der Oberhaut und der Papillarschicht; die Reste der Epithelzapfen bleiben am Boden der Bläschen bestehen.

Was die Pathogenese des Leidens anbelangt, kommt Verfasser auf Grund der beobachteten entzündlichen Exsudationsprozesse zum Schlusse, dafs die Haut der mit Epidermolysis Affizierten sich durch abnorme Empfindlichkeit gegenüber den Traumen auszeichnet; die Natur dieser abnormen Empfindlichkeit bleibt unaufgeklärt. Es handle sich um einen Prozefs, der analog der Hydroa vacciniformis verläuft, mit dem Unterschied, dafs die abnorme Reaktion der Haut sich dort nicht auf traumatische Einflüsse, sondern auf Einwirkung der Lichtstrahlen bezieht.

2. **Lymphangioma cutis circumscriptum**, von J. Bukowsky (Schlufs). Nach Besprechung der im ersten Falle beschriebenen histologischen Befunde und Vergleich derselben mit den Befunden anderer Autoren, kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Das Lymphangioma circumscriptum cystoides stellt ein Hautneoplasma dar, welches sich aus den Lymphgefäfsen chronisch entwickelt. Das Blutgefäfssystem kann dabei ganz intakt bleiben.

2. In der Regel findet man in der Papillarschicht kein Lymphgefäfsnetz, aufser die Gefäfse in der Papillenachse. In dem Falle Verfassers war dagegen ein ganzes Netz von Lymphgefäfsen, auch unmittelbar unter der Oberhaut, vorhanden. Alle Gefäfswände waren von zahlreichen Endothelzellen bedeckt.

3. In einigen Gefäfschen entsteht, wahrscheinlich durch Einflufs des hyperplastischen Endothels, eine Gefäfserweiterung und Lymphstauung.

4. Derselbe Prozefs findet auch in den aneinanderliegenden Papillen statt, die ein für sich geschlossenes Lymphgefäfssystem besitzen.

5. Die weitere Erweiterung der Höhlen wird teils durch die Stauung, teils durch die Tätigkeit der Endothelzellen bedingt.

6. Sämtliche Höhlen kommunizieren untereinander bereits von Anfang ihres Bestehens. Die benachbarten Höhlen fließen miteinander zusammen.

7. Die Formation der zystischen Neubildungen wird durch den Bau der Epidermis bedingt.

8. Die Umgebung der Höhlen wird mechanisch durch Druck beeinflufst.

9. Die Lymphocyten gelangen in die Höhlen und werden hier in grofszellige und polynukleäre Phagocyten umgewandelt. Diese Zellen besitzen ein Fortpflanzungsvermögen und rufen Kernteilung hervor. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XVIII. Dezember 1909.

I. **Zwei Fälle von Molluscum fibrosum, Recklinghausenscher Krankheit (Neurofibromatose generalisée),** von Nikiforow-Odessa. In dem einen Fall handelte es sich um eine 41 jährige Frau, welche seit dem ersten Lebensjahre, in dem zweiten um einen 19 jährigen Jüngling, welcher seit dem 14. Lebensjahre krank sein soll. Die Anzahl der Geschwülste betrug im ersten Fall 101, im zweiten 40. Aufserdem fanden sich hier wie dort Naevi pigmentosi. Mikroskopisch bestanden die Geschwülste aus einem derben Bindegewebe mit einer geringen Menge junger zelliger Elemente zwischen den Bindegewebsfasern in den zentralen Partien.

II. **Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit mit Bildung einer massiven Geschwulst, die in Verbindung steht mit dem Nervus radialis,** von Meschtscherski. Bei einem 13 jährigen, tatarischen Mädchen, das eine Geschwulst von 19 cm Umfang in Längs- und 18 cm in Querrichtung auf der hinteren, äufseren Seite der rechten oberen Extremität. Verschiedene Naevi pigmentosi und Mollusca fibrosa sicherten die Diagnose von Recklinghausenscher Krankheit. Dieser Fall bestätigt die frühere, jetzt vielfach verlassene Annahme von Recklinghausen, dafs das Molluscum fibrosum durch Wucherung der bindegewebigen Schicht der Nervenstämme zustande kommt.

III. **Ein Fall von Morbus Recklinghausen,** von Bogrow. Die 17 jährige Kranke wies eine Reihe von pigmentiertem Naevi und gröfseren und kleineren Geschwülsten auf, von denen die gröfseren dem Verlauf des Nervus ischiadicus und tibialis d. folgten.

IV. **Lymphangioma superficiale, Angioma cavernosum,** von Brytschew. Bei der 26 jährigen Kranken fanden sich gleichzeitig ein Lymphangiom auf der rechten Schulterblattgegend und verschiedene kavernöse Angiome in der Region des rechten Schultergelenks, der rechten Axillargrube und auf dem Rücken.

V. **Ein Fall von Parese des Nervus facialis in der Frühperiode der Syphilis,** von Shebunew. Der Kranke stand vom 7. Oktober bis 20. Dezember 1908 wegen Ulc. penis mixtum und Roseola in Behandlung und trat zum zweiten Mal in das Militärlazarett am 1. Februar 1909 ein mit rechtsseitiger Facialisparese und Impetigo syphilitica. Unter erneuter Spritzkur schwand mit dem Ausschlag auch die Parese.

VI. **Zur Behandlung der Syphilis mit Queryschem organischem Serum,** von Motzokin-Wladiwostok. In drei Fällen von Lues hat M. durch tägliche Injektionen von Queryschem Serum zu je 1,0 ein befriedigendes Resultat erzielt. Im ganzen machte er je 20 Einspritzungen.

VII. **Zur Frage der blennorrhoischen Veränderungen der Samenfäden und über das Vorkommen von Gonokokken in denselben,** von Prof. Selenew. Bei einem 34 jährigen Gutsbesitzer mit Prostatitis chr. blennorrhoica liefsen sich noch vier Jahre nach der Tripperinfektion, die mit doppelseitiger Epididymitis einherging,

Gonokokken im Prostatasekret nachweisen. Aufserdem fanden sich solche aber auch in den Samenfäden und zwar gröfstenteils im Epithel der Samenzellen, wie in polygonalen Zellen mit Krystalloiden. Die Bedeutung der letzteren ist noch unklar. Die mikroskopischen Befunde von SELENEW scheinen ihm dafür zu sprechen, dafs zwischen den Samenfäden und diesen krystalloiden Zellen ein inniger Zusammenhang besteht.

Arthur Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Beiträge zu einer Kolloidchemie des Lebens, von R. ED. LIESEGANG. (Th. Steinkopff, Dresden 1909.) Verfasser — eine Autorität auf dem Gebiete der photographischen Chemie — schildert an der Hand einer grofsen Reihe von Versuchen die physikalisch-chemischen Vorgänge, die sich abspielen, wenn man zwei oder mehrere Substanzen in einer flachen Gelatineschicht gegeneinander diffundieren läfst. Seine Untersuchungen beziehen sich auf das von N. PRINGSHEIM 1895 gefundene wichtige Prinzip über Niederschlagsmembranen in Gelatinegallerten und bilden eine Erweiterung der sich daran knüpfenden Theorien. Verfasser sucht die Ergebnisse seiner Versuche mit vielen bis jetzt unklaren biologischen Erscheinungen in Zusammenhang zu bringen und stellt eine Reihe von geistreichen Hypothesen auf. Das Buch enthält wertvolles Material für das Studium der Kolloidchemie des Lebens und bietet sehr viel Anregung zur weiteren Aufbauung dieses aufserordentlich wichtigen Zweiges der Biologie.

Golodetz-Hamburg.

Die Impotenz des Mannes. Für Ärzte dargestellt von P. ORLOWSKI-Berlin. (Zweite bedeutend erweiterte Auflage. Curt Kabitzsch, A. Stubers Verlag, Würzburg 1909.) Sein erstmals im Jahre 1907 erschienenes Werk hat O. in der vorliegenden zweiten Auflage durch Literaturangaben, zahlreiche Krankengeschichten und technische Mitteilungen wesentlich erweitert, ohne jedoch die Einteilung und die Verarbeitung des Gegenstandes zu verändern. Den Brennpunkt der ganzen Darstellung bilden die Ausführungen über die grofse Bedeutung der Hypertrophie des Colliculus seminalis für die Entstehung der Impotenz: O. hält einen grofsen Teil der Fälle von Impotenz, darunter die rein psychischen Impotenzen schwerer Art, für „nicht behandelbar", von allen überhaupt behandelbaren Impotenzen aber sind nach seiner Erfahrung ca. 80% durch Colliculushypertrophie bedingt, die ihrerseits durch Anämie, Coitus interruptus, frustrane Libido, sexuelle Mifsbräuche, häufig hintereinander wiederholte Kohabitationen und vielleicht auch durch chronische Blennorrhoe des hinteren Harnröhrenteils verursacht wird; Coitus interruptus führt nach O. stets zu Colliculushypertrophie, die sich zuerst meist durch Ejaculatio praecox, dann durch Schwächerwerden der Erektionen, Ejaculatio ante portam und schliefslich durch völlige Impotenz manifestiert. Sie läfst sich mit all diesen Folgezuständen in leichteren Fällen durch Ätzungen mit 20%iger Höllensteinlösung, in schwereren durch galvanokaustische Behandlung mit nachfolgender Ätzung beseitigen. Hat die Impotenz infolge von Colliculushypertrophie bereits sekundäre psychische Impotenz ausgelöst, dann ist die Prognose wesentlich ungünstiger; sie wird um so schlechter, je schwerer die psychische Alteration ist. — In eigenen Kapiteln behandelt O. aufserdem die krankhaften Samenverluste und die sexuelle Neurasthenie, die psychische Impotenz, die Prognose und Behandlung der verschiedenen Arten von Impotenz und die Impotentia generandi.

Eine Erklärung dafür, dafs die Colliculushypertrophie zur Impotenz führt, vermag O. nicht zu geben; er hält eine Erörterung in dieser Hinsicht auch für unnötig, da „das Wesentliche wie bei allem ja doch nie erkannt wird". Ob seine Angaben über die Colliculushypertrophie, über ihre Ursachen und ihre Folgen und über den Effekt ihrer Beseitigung der Nachprüfung stand halten, mufs dahingestellt bleiben; an Widerspruch wird es wohl nicht fehlen, doch ist ein vollwertiges Urteil nur bei persönlicher Erfahrung möglich. Gleichviel aber wie man sich zu diesen Anschauungen O.s stellen mag, jedenfalls fordert eine Reihe von Einzelheiten in dem Buche energischen Widerspruch heraus. Im besonderen mufs dagegen Stellung genommen werden, dafs O. einen unverheirateten Patienten nach Beseitigung der Colliculushypertrophie „zur Aufnahme eines regelmäfsigen geschlechtlichen Verkehrs mit Prostituierten", einen verheirateten „zum aufserehelichen Coitusversuch zur Konstatierung seiner Potenz" zu bewegen versucht: diese und ähnliche Ratschläge sind — gelinde gesagt — nicht angängig. Endlich sollte O. extreme Urteile über andere Ärzte und ihre Anschauungen und ihre Tätigkeit vermeiden: er geht in der absprechenden Kritik viel zu weit, und wenn er behauptet, dafs LALLEMAND, der zuerst auf die Colliculushypertrophie und ihre Behandlung mit Kaustik hinwies, deswegen „ein in den Kenntnissen seiner Zeit befangenes Genie" ist und „nach allgemeiner Anerkennung unter die wenigen grofsen und glücklichen Wohltäter und Ärzte gestellt werden wird", so ist das mindestens ebenso sehr nach der anderen Seite hin übertrieben. *Götz-München.*

Kann ich geheilt werden? von ALFRED FOURNIER. Übersetzung von BURACZYNSKI-Lemberg. (Josef Safar, Wien 1909.) Das populär gehaltene Büchlein FOURNIERS ist zum Troste derjenigen geschrieben, die von der Syphilis heimgesucht wurden. Mit dem dem französischen Meister eigenen Talent zur populären Darstellung bespricht er die Bedingungen, unter denen die Syphilis heilbar ist.

Die Schrift wurde von tiefer Menschenliebe und von festem Glauben an der Richtigkeit des vertretenen Standpunktes diktiert und sie wird gewifs Tausenden von frisch Infizierten nicht nur zum Troste dienen, sondern auch — was uns wichtiger erscheint, sie von der Notwendigkeit der sorgfältigen Behandlung des Leidens überzeugen.

Sie hat aber andererseits einen Nachteil: sie wird zur Entwicklung der Neurasthenie und Syphilidophobie der älteren Luetiker beitragen, die nicht nach der intermittierenden Methode behandelt wurden.

Das Büchlein hat einen trefflichen Übersetzer gefunden, dem es gelungen ist, alle die Feinheiten und die Eleganz des französischen Stils ins Deutsche zu übertragen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Grundzüge der Physiologie, von THOMAS H. HUXLEY, neubearbeitet von J. ROSENTHAL-Erlangen. (4. Auflage. Leopold Voss, Hamburg u. Leipzig 1910.) Die HUXLEYsche Physiologie braucht keine Empfehlung mehr. Sie ist das klassische Beispiel, wie eine populäre, d. h. ohne Vorkenntnisse zu verstehende Darstellung eines wissenschaftlichen Gegenstandes sein soll, zudem von einem Klassiker der Medizin geschrieben. Der Bearbeiter hat es sich angelegen sein lassen, durch einige erweiternde Kapitel das Werk in seiner jetzigen Form als ein getreues Bild der heutigen physiologischen Wissenschaft darzustellen und als solches auch dem angehenden Mediziner eine willkommene Einführung in die spezielleren physiologischen Werke bieten wird.

Gunsett-Strafsburg.

Lichtbiologie. Die experimentellen Grundlagen der modernen Lichtbehandlung, von ALBERT JESIONEK-Giefsen. (Die Wissenschaft, Sammlung naturwissenschaftlicher und mathematischer Monographien, Heft 32. Friedr. Vieweg & Sohn, Braunschweig 1910.) Diese Arbeit bezweckt hauptsächlich, dem gebildeten Laien über

die in neuerer Zeit in den Vordergrund tretenden und auch beim Publikum allmählich immer mehr bekannt werdenden Fragen der Lichttherapie aufzuklären und ihn zu befähigen, selber zu beurteilen, was von derselben auf wissenschaftlichen Tatsachen beruht. Der Autor will nicht die verschiedenen Arten der Lichtbehandlung selbst dem Leser vorführen, sondern ihm vielmehr ihre Grundlagen, die in den verschiedenen Gebieten naturwissenschaftlicher Erkenntnis wurzeln, darlegen. Zu diesem Zwecke mufs er in Gebiete greifen, die nicht eigentlich mehr der Medizin angehören. So mufs er mit einem Kapitel über die physikalischen Eigenschaften des Lichts beginnen und geht dann zu den Einwirkungen des Lichts auf lebende Organismen, zuerst die Pflanzenwelt, dann die Bakterien und zuletzt die höheren Tiere über. Ausführlich werden die Einwirkungen des Lichts auf die Haut des Menschen und die vom Licht verursachten Hautkrankheiten besprochen. Zuletzt erwähnt er noch die Veränderungen, die das Licht auf Blut, Stoffwechsel und Nervensystem ausübt. Das Buch ist in anregender, leicht fafslicher Sprache geschrieben. *Gunsett-Strafsburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. *Cutis.*

Ein Fall von unbestimmter tropischer Ulceration der Nase, des Pharynx und Larynx, nebst histologischen Befunden, von John A. Fordyce. **Nebst einigen allgemeinen Betrachtungen über klinisch ähnliche Fälle in der Südsee und anderswo,** von W. F. Arnold. (*Medical and surgical report. City of New York Dept of public charities* 1909. Nr. 1.) Der erste Teil ist bereits im „*Journ. of cutan. diseas.*“ 1909 erschienen; der zweite Teil bringt kurze allgemeine Betrachtungen über Yaws, Frambösie und Syphilis. *W. Lehmann-Stettin.*

Das Ulcus orientale im nördlichen Indien, eine Infektion mit Protozoen, von R. M. Carter. (*Brit. med. Journ.* 11. September 1909.) Das Ulcus orientale beginnt als ein kleiner roter Fleck, ähnlich einem Mückenstich, der lebhaft juckt, ein minimales Bläschen entwickelt und nach Zerstörung dieses letzteren in ein weit und tief greifendes Geschwür übergeht. Heilung erfolgt meist nach langem Bestehen von oft mehr als Jahresfrist mit entsprechender Narbenbildung. Als infizierender Faktor hat C. an den Geschwüren eine Protozoenart nachgewiesen, welche er auf einer mit Zitronensäure stark angesäuerten Mischung von Serum mit menschlichen roten Blutkörperchen massenhaft züchten konnte. Nach 24 bis 36 Stunden haben sich die Parasiten als geschwänzte und bewimperte Organismen zweierlei Art entwickelt. Mit Giemsa-Färbung und Eosin zeigten die einen (monadine Form) eine hellblaue Färbung bei scharlachroten Wimpern, die anderen (gregarine Form) eine rosarote Färbung des Protoplasmas und veilchenblaue Kerne. Verfasser hat Fütterungsversuche mit gewöhnlichen Hausfliegen angestellt, bei denen er die Anwesenheit der Protozoen nachher im Darm derselben nachweisen konnte. Er hält es aber für wahrscheinlich, dafs andere Insekten die Infektion vermitteln. Vom Kála-Azar ist das Ulcus orientale, wie er ausführlich darlegt, bestimmt zu unterscheiden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Erosionen am Rectum; eine neue Untersuchungsmethode, von Stewart Lewis-Lakehurst. (*New York. med. Journ.* 1909. 23. Oktober.) L. hält die oberfläch-

liche Art der Analfissur, die sogenannte Erosion, für weit häufiger als allgemein angenommen wird, da aber ihre Erscheinungen weniger ernster Natur sind, als jene der Fissur, so werden sie häufig übersehen, zumal die Erosionen in der Tiefe der Falten liegen und durch Kontraktionen des Splinkter verdunkelt werden. Zur Untersuchung verwendet L. statt des gewöhnlichen Speculums die gläsernen Mastdarmdilatatoren an, welche gewöhnlich in einer Serie von drei Stück verkauft werden. Eines derselben wird, so grofs als es der Patient ertragen kann, mit Glycerin oder anderem durchsichtigen Mittel bestrichen und eingeführt. Die normale Schleimhaut ist blafs vom Druck, Fissuren, Erosionen oder Emboli sieht man so deutlich, wie eine offene Buchseite. Im Vergleich zum Metallspeculum ist diese Methode viel weniger schmerzhaft und gibt ein viel besseres Bild. Die Behandlung, welche L. am meisten befriedigte, war die Anwendung von permangansaurem Kalium, in Form von Kristallen oder gesättigter Lösung, gefolgt von den gewöhnlichen Puder, Salben oder Suppositorien, je nach Erfordernis des Falles. *Stern-München.*

Die Behandlung des rekurrierenden Hordeolum, von Aaron Brav-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 1909. 18. September.) Das äufsere Hordeolum (der Zeissschen Drüsen) ist oft rezidivirender Art und der Behandlung in hohem Mafse trotzend. Der Mikroorganismus, welcher zur Eiterung der Zeissschen Drüsen führt, ist der Stochylococcus, der durch eine der Mündungen der Haarfollikel seinen Eintritt findet. Patienten mit Refraktionsanomalien, mit Blepharitis, Patienten, die an irgendeiner Konstitutionsanomalie wie Skrophulose, Anämie u. a. m. leiden, sind besonders disponiert zu dieser lokalen Entzündung. Korrektion der Refraktionsanomalie kann zuweilen hartnäckige rezidivirende Formen von Hordeolum zur Heilung bringen, in anderen Fällen gelingt dies aber nicht. Im Anfangsstadium sind feuchtwarme Umschläge angezeigt, dann Waschungen des Auges mit Borlösung oder Abends Applikation einer Mischung von Tinct. arnicae, Tinct. Opii, Liquor. plumbi subacet. und Aqua dest. (auf Watte). Nach dem Verschwinden des Hordeolum hört Brav mit der Behandlung nicht auf, sondern wendet noch vier Wochen lang eine milde Kalomelsalbe (unter leichter Massage jeden Abend einzureiben) an. Vorhandene Refraktionsanomalie mufs aber in jedem Falle von rezidivirenden Hordeolum korrigiert werden. Aufserdem sind oft Allgemeinbehandlung mit roborierenden Mitteln (Hypophosphite-Sirup u. a.), Sorge für regelmäfsigen Stuhlgang usw. angezeigt. *Stern-München.*

Über hydriatische Behandlung von Hautdefekten, von Walter Wirz-Mühlheim a. Rh. (*Ther. Monatsh.* Juni 1909.) Empfehlung des feuchten Verbandes nach Winternitz zur Behandlung von Hautwunden und anderen Hautdefekten.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Behandlung der multiplen Abscesse der Säuglinge mit spezifischer Vaccine, von Wechselmann und Georg Michaelis-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 30.) Die Verfasser haben bei Säuglingen mit multiplen Abscessen die Wrightsche Vaccinetherapie systematisch zur Anwendung gebracht und festgestellt, dafs dieses Verfahren in hohem Mafse und ganz spezifisch heilkräftig ist. Die Injektionen wurden in Zwischenräumen von acht Tagen vorgenommen; es wurde mit der Einspritzung von 50 Millionen Staphylokokken begonnen und bis zu 500 Millionen gestiegen. Die vorhandenen Furunkel, die nur aufgestochen und mit sterilem Mull bedeckt wurden, heilten dabei sehr rasch, das Allgemeinbefinden der Kinder besserte sich meist sofort, die Nachschübe hörten auf, nur vereinzelte, kleine, offenbar schon vorher angelegte Abscesse kamen noch zur Entwicklung. Die Bestimmung des opsonischen Index ist zur Durchführung der Behandlung nicht notwendig. Im allgemeinen scheint eine polyvalente Staphylokokkenvaccine genügend heilkräftig zu sein; nur in seltenen Ausnahmefällen mufs die Vaccine aus den Staphylo-

kokken des Patienten hergestellt werden. Möglicherweise dauert der durch die Injektion hervorgerufene Schutz in manchen Fällen nur einige Wochen an, zumal wenn innere Schädlichkeiten und vor allem Infektionen von aufsen auf die Kinder wirken; die Injektionen müssen alsdann, zum Teil auch prophylaktisch, wiederholt werden.

Götz-München.

Röntgenbestrahlung bei venerischen Geschwüren und operierten Bubonen, von H. C. FRENCH-Woolwich. (*Brit. med. Journ.* 20. Febr. 1909.) Mit einer weichen Röhre und mit nicht mehr als vier Milliampère Strom wird unter geeigneter Beschützung etwa fünf Minuten lang bestrahlt. Falls keine Erscheinungen von Dermatitis eintreten, wird die Sitzung wiederholt und (in abnehmender Intensität) fortgesetzt, bis Heilung erfolgt. Dies tritt angeblich in der Hälfte der sonst üblichen Zeit ein.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Eine einfache Methode zur Behandlung eiteriger Bubonen, von J. A. MURTAGH-Fort William Mc Kinley. (*New York med. Journ.* 4. Sept. 1909.) Die von dem amerikanischen Militärarzte WILLIAM L. KELLER inaugurierte Methode vereinigt nach des Verfassers warmer Empfehlung die grofsen Vorteile, rasche Heilung ohne beträchtliche Narbenbildung oder irgend einen kosmetischen Defekt zu bewirken. In erster Linie mufs das verursachende Schankergeschwür durch ergiebige Kauterisation in eine einfache granulierende Geschwürsfläche verwandelt werden. Dann wird der Bubo mit einem Schnitt, welcher unterhalb desselben die gesunde Haut umfafst, freigelegt, vorhandener Eiter ausgedrückt und alle irgendwie erkrankten Teile mit der Cürette entfernt; ausgiebige Irrigation der Eiterhöhle mit 1:2000 Sublimat und Injektion einer 10%igen Jodoformemulsion beschliefsen die Operation. Der Patient mufs drei Tage lang im Bett bleiben, nach dieser Zeit wird auch der Verband gewechselt, bei diesem wie den folgenden Verbandwechseln wird wieder Jodoformemulsion (Petrolatum) injiziert. Die durchschnittliche Heilungsdauer betrug in den 150 von KELLER und den 50 von MURTAGH, dem Nachfolger KELLERS auf Fort Mc Kinley, behandelten Fällen die erstaunlich kurze Zeit von 12½ Tagen. Nach der mündlichen Mitteilung von Seite anderer Militärärzte fanden die günstigen Erfolge der beschriebenen Behandlungsmethode weitere Bestätigung. *Stern-München.*

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Untersuchungen zur Ätiologie und Biologie der Tumoren. X. Mitteilung, von E. SAUL-Berlin. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 52, Heft 2.) S. fafst hier die Resultate einer siebenjährigen Arbeit, welche in teilweise hartnäckiger Polemik gegen „Andersgläubige“ die parasitäre Natur des Carcinoms verteidigt und zu beweisen sucht, zusammen. In Fibromen, Cystomen, Carcinomen und Sarkomen kommt eine besondere Form von Parasiten vor, welche extracellulär in Amöben- und Cystenformen, intracellulär als Granula oder als Vakuolen erscheinen. Protozoen, die chronische Infektionen erregen, können unter Einwirkung des lebenden Organismus Entwicklungsformen gewinnen, durch welche sie dem Nachweis innerhalb der Gewebe entzogen sind. Durch Impfungen mit Kohlkrebsparasiten können bei den üblichen Versuchstieren hervorgerufen werden: 1. akute tödliche Intoxikationen, 2. Granulationsgeschwülste, 3. interstitielle lymphatische und bindegewebige Wucherungen in den Nieren und Lungen, die das Bild der chronischen, interstitiellen Nephritis und fibrösen Peribronchitis hervorrufen, 4. kachektische Erscheinungen, 5. ulcerierende und gangräneszierende Prozesse und 6. Darmblutungen ohne erkennbare anatomische

Grundlage. Ähnlich wie die Tuberkulose folgt das Carcinom mit Vorliebe bestimmten Berufen und zwar der Gärtnerei, sowie der Land- und Forstwirtschaft. Die experimentelle Krebsübertragung ist als Transplantation mit Infektion zu deuten. Wie die Art die Metastasierung lehrt, werden die Carcinomkeime in der Blutbahn, die Sarkomkeime in der Lymphbahn avirulent. Die klinische und anatomische Variabilität der Impfcarcinome erinnert an die Variabilität tuberkulöser Produkte. Durch subcutane Implantation von Teilen des Cysticercus fasciolaris werden bei geeigneten Versuchstieren akute tödliche Intoxikationen oder Neubildungen hervorgerufen, die auf der Grenze von Fibrom, Sarkom und Granulationsgeschwulst stehen. Für die Geschwulstgenese kommen die giftigen und chemotaktischen Eigenschaften der Fettkörper des Cysticercus fasciolaris und die Fremdkörperwirkung seiner „Kalkkörper" in Frage. Das Beispiel und Studium des Kohlkrebses lieferten also den Nachweis, daſs es parasitäre Krankheitsherde gibt, die ebenso wie die carcinomatösen Primärtumoren und ihre Metastasen unizentrisch wachsen, und lieferten auch eine sichere Grundlage für die Bewertung der so oft diskutierten Zelleinschlüsse bei Carcinomen.

Stern-München.

Zur Röntgenbehandlung tiefliegender Tumoren, von H. E. Schmidt-Berlin. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. XIV, Heft 2.) Die Röntgenempfindlichkeit der Haut läſst sich dadurch herabsetzen, daſs man ihren Stoffwechsel herabsetzt, also z. B. durch anämisierende Kompression der Haut; andrerseits gelingt es durch aktive Hyperämisierung die Radiosensibilität erheblich zu erhöhen, z. B. durch Wärme- oder Lichteinwirkung. Diese letztere Tatsache ist für tiefgelegene Tumoren nicht ohne Bedeutung, da wir neuerdings ein Verfahren kennen gelernt haben, das es ermöglicht, eine intensive Erwärmung tiefgelegener Gewebe und damit eine Erhöhung ihres Stoffwechsels und ihrer Radiosensibilität herbeizuführen: die sogenannte Thermopenetration. Sch. glaubt nun, daſs wir durch Kombination von Thermopenetration und Röntgenbestrahlung unter Kompression der Haut bei den gegen den üblichen Bestrahlungsmodus refraktären Erkrankungen tiefer gelegener Organe, besonders bei den tiefen Carcinomen und manchen Sarkomen, weiter kommen werden.

W. Lehmann-Stettin.

Behandlung der malignen Tumoren mit Hochfrequenzfunken und -Ausstrahlungen, von J. A. Rivière-Paris. (*Ann. d'électrobiolog. et de radiolog.* Okt. 1909.) Die Mitteilung enthält nur Dinge, die der Autor des öftern schon an anderen Orten wiederholt hat und über die mehrfach in *diesen Monatsheften* referiert wurde.

Gunsett-Straſsburg.

Die therapeutische Anwendung von Radium bei krebsigen und anderen Tumoren, von L. Wickham-Paris. (*Lancet.* 29. Mai 1909.) Vortrag, gehalten in der dermatologischen Sektion der Royal Society of Medicine. (Siehe Bericht aus den „Verhandlungen" in den M. P. D.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Radiumbehandlung der bösartigen Geschwülste, von A. Caan-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 42.) Als Gesamtergebnis der im Institut für Krebsforschung mit Radiumpräparaten ausgeführten Versuche kann man konstatieren, daſs dieses Agens jedenfalls eine gewisse therapeutische Wirkung in dieser Hinsicht besitzt, wenn man auch zurzeit noch über die genaue Tragweite und die speziellen Indikationen noch nicht genügende Aufklärung besitzt. Einer ausgedehnteren Anwendung des reinen Radiums steht natürlich dessen zurzeit noch enormer Anschaffungspreis (etwa 20000 Mk. für 0,1 g) entgegen; doch hat Verfasser mit „Radiolpulver" und „Radiolsalbe" in einigen Fällen von offenen Krebsgeschwüren günstige Einwirkungen erzielt. Ferner sind die Radioldauerkompressen und die Radiolgaze mit mehr oder minder günstiger Wirkung in Anwendung gebracht worden. Eine gröſsere

Reihe von Beobachtungen betraf die Behandlung von tieferliegenden Geschwülsten durch Einspritzung von „Emanationswasser", bei welchem es sich um eine wässerige Lösung des von RUTHERFORD nachgewiesenen gasförmigen Körpers „Emanation" handelt. Wenn hiernach man auch vorläufig immer noch der operativen Entfernung von malignen Geschwülsten entschieden das Wort reden mufs, so lassen die bisherigen Beobachtungen auf dem Gebiete der Behandlung mit Radiumpräparaten eine ausgedehntere Anwendung derselben als möglich und berechtigt erscheinen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Klinischer Beitrag zur Behandlung der malignen Tumoren mit Injektionen von Trypsin, von AURELIO ROSSI. (*Il Morgagni.* 1909. Nr. 8.) Einer 42jährigen Frau wurde 1903 wegen Varizen der rechten unteren Extremität die Vena saphena dextra unterbunden. Die Operationswunde heilte per primam. 1905 wurde aus demselben Grunde die linke Vena saphena unterbunden. Diesmal heilte die Operationswunde nicht, sondern ging in Eiterung über. Bis zum Jahre 1907 bildete sie sich zu einem epitheliomatösen, ulcerierten Tumor um, der einen grofsen Teil der Vorderseite des linken Oberschenkels einnahm. Er wurde total exstirpiert mit den Inguinaldrüsen. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein bis zur Fascie reichendes Plattenepithelcarcinom. Aus der per primam vernarbten Wunde entwickelte sich bereits nach einem Monat ein unter Cachexie der Patientin rasch wachsendes Rezidiv. Es wurden nun in achttägigen Abständen sechs Injektionen von 1/2 ccm Trypsin (MERK)-Glycerinemulsion 1 : 15 in den Tumor injiziert. Auf jede Injektion folgte eine allgemeine und eine lokale Reaktion. Letztere führte jedesmal zu einer beträchtlichen Einschmelzung des Tumors. Drei Monate nach der ersten Injektion war alles Tumorgewebe verschwunden und in eine glatte Narbe verwandelt, zugleich das Allgemeinbefinden in aufserordentlichem Mafse gehoben. Vierzehn Monate nach der Vernarbung war der Status noch der gleiche, die Narbe selber glatt, fibrös, indolent, keine Drüse geschwollen und keine Metastase nachweisbar. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Röntgenstrahlen und die Ätiologie des Krebses, von WM. H. DIEFFENBACH-New York. (*Med. Record.* 27. März 1909.) Die auf Röntgendermatitiden entstandenen Carcinome zeigen uns deutlicher als andere Faktoren, dafs Krebs weder infektiösen noch parasitären Ursprungs ist. „Neubildungen entstehen dort, wo die normale Zellbildung gestört wird durch Trauma, Druck, schwere Entzündung oder konstante Irritation; diese Faktoren wirken auf die Zellproliferation, indem sie abnorme Zellen produzieren, die ihrerseits wieder, wenn der ursprüngliche Reiz anhält, Zellen ihrer eignen Art bilden können. Kommt es nicht zu Störungen der trophischen Nerven, so mag bei Wegfall der irritierenden Ursache Rückbildung eintreten; im anderen Falle wird die Entwicklung der neuen Zellart überraschend überhandnehmen. Ist der erkrankte Teil vollständig getrennt von seinen trophischen Nerven, so wird es zur Ulzeration kommen." Verfasser findet diese seine Ansicht, die er schon vor drei Jahren ausgesprochen, bestätigt durch den letzten Bericht des „Imperial British Cancer Research Fund". In diesem Bericht wird die Hypothese vom kongenitalen oder embryonalen Ursprung des Krebses mit Entschiedenheit zurückgewiesen, während eine grofse Anzahl Fälle berichtet werden, in denen lokale Irritation der Krebsbildung voraufging. *W. Lehmann-Stettin.*

Über den nach Röntgenbestrahlung auftretenden Krebs und einige Experimente über die der Entwicklung desselben vorangehenden Prozesse, von C. W. ROWNTREE-London. (*Lancet.* 20. März 1909.) Verfasser berichtet über die Ergebnisse der histologischen Untersuchung von Knoten, welche sich nach vorheriger, anhaltender Dermatitis an den Händen in Folge des Umgehens mit Röntgenapparaten entwickelt hatten, und welche durchaus typisch für Carcinom von squamösem

Bau waren. Ferner hat er die Veränderungen studiert, welche an Rattenschwänzen und an Kaninchenohren durch eine Bestrahlung von abgestufter Intensität zu erzielen sind. Bei beiden Untersuchungsreihen waren hypertrophische Vorgänge zu beobachten, welche die Entstehung von krebsigen Wucherungen sehr erklärlich erscheinen lassen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die frühzeitige Diagnose von Zungenkrebs und die Operationsresultate bei derartigen Fällen, von H. T. Butlin-London. (*Brit. med. Journ.* 20. Febr. 1909.) Verfasser schildert mehrere Prozesse an der Zunge, welche er sonst für Vorgänge, aus denen sich eventuell Krebs entwickeln könnte, angesehen hat, und welche er jetzt als tatsächliche Anfangsstadien des Carcinoms nachweist. Auch bei der sofortigen operativen Entfernung solcher Vorläufer hat er gelegentlich Rezidive auftreten sehen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Carcinome der Haut und der Brustdrüse, von Darier. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 33.) D. unterscheidet vier Arten von Hautcarcinomen. 1. das am häufigsten vorkommende tubuläre Epitheliom, das seinen Sitz in der oberen Partie des Gesichtes hat, entweder in Form kleiner runder Perlen oder in Form von Ulcerationen (Ulcus rodens) auftritt, gewöhnlich im Gefolge der senilen Keratose entsteht, nicht zur Metastasenbildung führt und daher eine verhältnismäfsige gutartige Form darstellt; 2. das lobuläre Epitheliom, das an den Schleimhautorifizien sitzt und sehr rasch die Lymphdrüsen infiziert; 3. das Nävuscarcinom, auch Melanosarkom genannt, das sich aus pigmentierten Nävis entwickelt und gewöhnlich aus einem Haupttumor und verschiedenen sekundären Geschwülsten besteht; 4. das sekundäre Carcinom der Haut, repräsentiert durch die carcinomatöse Erkrankung der Haut bei Brustdrüsenkrebs.

Bei den epithelialen Neubildungen der Mamma unterscheidet D. 1. die diffuse Mastitis oder die cystische Erkrankung der Mamma; 2. die adenoide Geschwulst Velpeaus, auch Adeno-Epitheliom oder Adenofibrom oder Adenom der Mamma genannt; 3. das gewöhnliche tubuläre Carcinom; 4. den Scirrhus und 5. das schankerförmige Epitheliom. *Götz-München.*

Das Ergebnis der Behandlung einer kleinen Geschwulst, vermutlich eines minimalen Hautkrebses mit Röntgenstrahlen, von Neideck-Limbach. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 23.) Ein 42 jähriger Schmied ward wegen einer kleinen Geschwulst zwischen dem linken Auge und der Nase, vermutlich eines Hautkrebses, von einem Privatarzte 102 mal belichtet worden. Nach dieser Behandlung sei an den bestrahlten Teilen zunächst eine Verfärbung der Haut eingetreten. Danach stiefsen sich die bestrahlten Teile und endlich kamen auch Knochenstücke aus den zerfallenden Gewebestücken heraus. Es stiefsen sich ab: das Os nasale, der Processus frontalis des Oberkiefers, das Os lacrymale, die Lamina papyracea des Keilbeins, die mediale Spitze des Jochbeins, der Zahnfortsatz des Oberkiefers, die Nasenmuscheln, Teile vom Siebbein, die vordere Wand des linken Stirnbeins links; auf der rechten Seite ging verloren der vordere Rand der Apertura pyriformis, der Processus naso-frontalis vom Oberkiefer, der Augenhöhlenrand vom Oberkiefer und in der Tiefe die vordere Wand der Keilbeinhöhle. Das linke Auge mufste wegen einer schweren Entzündung entfernt werden. Der rechte Bulbus ist noch vorhanden, aber atrophisch. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Beseitigung von Carcinomen mittels Formalin, von T. H. Moorhead-Cookhill. (*Brit. med. Journ.* 27. Febr. 1909.) Verfasser hat vor mehreren Jahren einen Scirrhus der Mamma durch Ätzung mit Formalin zum Schwinden gebracht. Das Verfahren bedingte keine Schmerzen, aber es wurde so viel von der gesunden Umgebung nekrotisch, dafs an eine Wiederholung des Versuchs nicht wohl gedacht werden konnte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Kenntnis der subcutanen Epitheliome der Kopfgegend, von N. N. Anitschkow-St. Petersburg. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* Bd. 20, Nr. 19.) Ein 19jähriger Mann trug angeblich seit zwei bis drei Jahren eine harte Geschwulst in der Regio occipitalis in der Gröfse eines Taubeneies mit sich herum. Die Geschwulst war weder mit der Haut noch mit den darunter liegenden Knochen verwachsen. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Tumors ergab, dafs es sich um ein gutartiges Epitheliom mit schleimiger Degeneration des Stromas handelte, welches sich im subcutanen Bindegewebe des Kopfes entwickelt hatte. Der Ausgangspunkt der Entwicklung der Geschwulst waren wahrscheinlich die Zellen der basalen Schicht der Epidermis oder die Zellen der Hautdrüsen, die sich von den Hautdecken bereits im embryonalen Stadium abgespaltet hatten. *Schourp-Danzig.*

Über einen Fall von Epitheliom auf Lupus erythematodes, von Pautrier. (*Bull. de la Société Anat.* Nov. 1904.) Bei einem 42jährigen Manne, der seit seinem zwölften Jahre an oft rezidivierendem, seit den letzten Jahren das ganze Gesicht in charakteristischer Weise einnehmendem Lupus erythematodes litt, war seit sieben Monaten auf einer atrophischen Partie ein orangengrofser Tumor herangewachsen. Er safs auf der linken Wange, hatte ein pilzförmiges Aussehen, war von weicher Konsistenz, leicht blutend. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dafs es sich um ein gelapptes Plattenepithelcarcinom handelte. *Gunsett-Strafsburg.*

Abrus precatorius bei Epithelioma, von J. V. Shoemaker-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 25. Sept. 1909.) Einleitend macht Verfasser auf die Wichtigkeit der Differentialdiagnose des Ephitheliomes von Syphilis, Lupus vulgaris, gewöhnlichen Warzen, Kondylomen und Seborrhoea sicca aufmerksam und bringt eine kurze, tabellarische Übersicht über die verschiedenen Momente, welche hierbei in Betracht zu ziehen sind. Epithelioma kommt im mittleren Lebensalter, und zwar häufiger bei Männern als bei Frauen vor. Die Behandlung sollte in diesen Fällen ebenso eine diätetische — gute Ernährung, hauptsächlich Milch, Eier, Gemüse, wenig Fleisch — wie eine allgemeine mit Eisenpräparaten, Jod, Arsenik, Lebertran und lokale sein. Letztere besteht vor allem darin, alles erkrankte Gewebe mit dem scharfen Löffel gründlich auszuräumen, und dann appliziert Sh. Abrus- oder Jequirityemulsion, welche durch Maceration der von der Rinde entblöfsten Bohne in altem Wasser und Titrierung hergestellt wird. Diese Emulsion ist imstande, alles von der Cürette nicht entfernte Gewebe zu zerstören. Nach genügend langer Zeit wird die Wunde zweimal täglich mit Sublimatlösung gereinigt und die Wundhöhle mit ganz fein gepulverter roter Cinchonarinde, einem der besten adstringierenden und antiseptischen Mittel, ausgefüllt. Die Abrus precatorius-Bohne gehört zur Familie der Leguminosen und ist in Indien sowie in anderen tropischen Ländern einheimisch. Die therapeutische Wirkung des Abrus ist die eines starken Escharotikums und er wird oft mit gutem Erfolg bei Trachom, chronischer Metritis und chronischer, eitriger Otitis angewandt. Sh. fand ihn sehr wirksam bei beginnendem Epitheliom zur Zerstörung des Krebsgewebes. Die Emulsion sollte immer frisch und sorgfältig zubereitet und ebenso mit grofser Sorgfalt aufgetragen werden, damit nicht zuviel mit der gesunden Haut in Berührung komme. Die Prognose des Epithelioms hängt vom Alter des Patienten, Form, Dauer und eventuellen Metastasen (Drüsen) ab. *Stern-München.*

Ulcus rodens permagnum der rechten Schläfe, Wange und Ohrmuschel, von H. Lossen-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 33.) Die Affektion war unter Röntgenbehandlung stetig gewachsen und hatte schliefslich, wie die Abbildung zeigt, enorme Dimensionen erreicht. Die mit grofsen Schwierigkeiten verbundene chirurgische Behandlung erzielte schliefslich eine vollständige Heilung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Schwere Toxämie und Metastasenbildung nach Röntgenbehandlung eines Hautsarkoms, von Heinrich Kanitz. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 14.) Eine 65 Jahre alte Frau litt an einem Sarkom der linken Skapulargegend, das schon seit 2½ Jahren bestand, ohne irgendwo Metastasen zu erzeugen; außer der regionären Lymphdrüsenerkrankung waren keine metastatischen Herde nachweisbar. Es erfolgte nun eine intensive Röntgenbehandlung des Tumors. Nach Ablauf einer kurzen Latenzzeit entstand heftige Lokalreaktion mit nekrotischem Zerfall des Tumorgewebes, verbunden mit schweren toxämischen Allgemeinerscheinungen, welche längere Zeit dauerten. Schon sechs Wochen nach der Bestrahlung in unmittelbarem Anschlusse an diese durch die Strahleneinwirkung hervorgerufenen Erscheinungen entstanden in der allernächsten Umgebung des primären Herdes und völlig ohne Zusammenhang mit demselben kleine Sarkomknötchen und binnen kurzer Frist erschienen in raschem Nacheinander zerstreut auch in der Haut noch mehrere ähnliche metastatische (mikroskopisch als Sarkom festgestellte) Herde. Verfasser zweifelt nicht, daß in dem beschriebenen Falle in der Röntgentherapie die Causa movens der Metastasierung zu erblicken ist; demnach wäre die Vermutung, als könnte die Röntgentherapie bösartiger Tumoren in ganz vereinzelten Fällen die Metastasenbildung begünstigen, nicht ganz haltlos. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über einen Fall von akuter großzelliger lymphatischer Leukämie mit generalisierter Hauterkrankung, von Rahel Rodler-Zipkin-Nürnberg. (*Virchows Arch. f. pathol. Anat. usw.* Bd. 197, Heft 1.) Bei einer 41jährigen Frau bestand eine akute großzellige lymphatische Leukämie mit diffuser Beteiligung der Haut in Form einer universellen exfoliativen und infiltrativen Erythrodermie. In den jüngeren Stadien war nur das obere Drittel, in den älteren die gesamte Cutis und Subcutis am Prozesse beteiligt, und zwar in Form von spezifischen Infiltrationsherden. Dieserhalb reiht der Verfasser den Fall in die bisher kleinste Gruppe von leukämischen Dermatosen, die bisher vorzugsweise bei pseudoleukämischen Formen, noch nie aber bei akuter Leukämie beobachtet wurden.

Außerdem war der Fall noch bemerkenswert durch eine außerordentliche Polymorphie von großen basophilen ungranulierten „Lymphoidzellen", ferner durch Auftreten von Langhansschen sowie Myeloplaxenriesenzellen, durch zahlreiche Mitosen in den Lymphdrüsen und sekundäre Metastasen. *Schourp-Danzig.*

b. *Benigne.*

Beobachtungen über Hautcystenbildungen und eine ungewöhnliche Krankheit der Haarfollikel, von A. R. Robinson-New York. (*New York med. Journ.* 5. Juni 1909.) Im Anschluß an ein paar selbst beobachtete und genau histologisch untersuchte Fälle erscheint es R. am zweckmäßigsten, alle Cysten der Talg- und Schweißdrüsen unter dem Namen follikuläre Cysten zusammenzufassen und diese wieder in Horn- und gemischte oder Sebumcysten, je nach dem Vorhandensein von Hornzellen oder Sebum in denselben, einzuteilen, wobei der Ausdruck Komedo für letztere Art, wo das Sebum in Verbindung mit Acne vulgaris eine wichtige Rolle spielt, angewendet werden kann. In dem einen, von R. beobachteten Falle, eine 50jährige Patientin betreffend, waren seit mehr als einem Jahr an den Seitenteilen der Nase und den angrenzenden Partien etwa 50 nadelspitz- bis stecknadelkopfgroße weißliche, teilweise über die Haut erhabene Cystchen, deren Inhalt ausgedrückt werden konnte und deren Schnitte Horn- und Mischcysten, alle Haare enthaltend, ergaben. Mikroorganismen waren nicht zu konstatieren, auch keine Erscheinungen von Entzündung. Der zweite Fall betraf ebenfalls eine 50jährige Frau, bei welcher die Eruptionen vor etwa neun Jahren zuerst am Nacken auftraten und dann allmählich auf

Brust und Rücken und längs der Arme, wo sie an den Ellenbogen besonders zahlreich waren, sich ausbreiteten; sie bestanden aus einzelnen klein- bis grofsstecknadelkopfgrofsen, teilweise die Haut überragenden Effloreszenzen, die heftiges Jucken verursachten und ihrem ganzen Aussehen nach für Milium zu halten waren. Bei der histologischen Untersuchung zeigte sich die Hauptveränderung in den Haarfollikeln und dem perifollikulärem Gewebe, bestehend aus einem ödematösen Zustand und starker Vermehrung des Bindegewebes, während Schweifs- und Talgdrüsen völlig unbeteiligt waren. Die Einzelheiten des mikroskopischen Befundes, der in einem späteren Stadium auch degenerative Veränderungen ergab, sind nur mittels der beigegebenen Zeichnungen verständlich. Diese Affektion hat Ähnlichkeit mit jenen Fällen, welche unter dem Namen Epithelioma adenoides cysticum, gutartiges Cystenepitheliom, Trichoepithelioma beschrieben wurden, Robinson möchte aber in Anbetracht dessen, dafs hier die Bindegewebsneubildung der wesentliche Faktor ist, keine dieser Bezeichnungen auf den vorliegenden Fall anwenden, sondern ihn vorläufig als eine spezielle Form von Cystenbildung um die Haarfollikel ansehen. *Stern-München.*

Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Geflügeldiphtherie und Epithelioma contagiosum, von Gerhard Schmid-Stuttgart. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 52, Heft 2.) Die Arbeit, die mehr tierärztliches Interesse beansprucht, kommt zu folgenden Schlufssätzen: 1. Es ist möglich, mit diphtherischen Belägen von Hühnern, die an der als Geflügeldiphtherie beschriebenen Krankheit leiden, typische Geflügelpocken zu erzeugen; 2. die Geflügelpocken sind keine gesonderte Krankheit, sondern gehören zur Geflügeldiphtherie und sind ätiologisch nicht von ihr zu trennen; 3. nach dem klinischen Bilde tritt die Geflügeldiphtherie in drei Formen auf: als reine Schleimhauterkrankung, als reine Hauterkrankung oder als Kombination der Haut- mit Schleimhauterkrankung. *Stern-München.*

Experimentelle Untersuchungen über das Molluscum contagiosum des Menschen, von P. Sabella-Rom. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 51, Heft 6.) S.s Untersuchungen bezwecken, festzustellen, ob die bekannten Molluscumkörper ein spezifisch organisierter Ausdruck eines lebenden Erregers seien oder eine Degenerations- oder Reaktionsphase der Epithelzellen der Epidermis darstellen. Zu diesem Zwecke wurden drei Reihen von Impfversuchen mit Material des Molluscum contagiosum in die Augen der Kaninchen ausgeführt: 1. Einimpfung kleiner, der Haut von Molluscumkranken entnommener Geschwulstfragmente in die Dicke der Hornhaut der Kaninchen; 2. desselben Materials in die vordere Augenkammer und 3. von 48 Stunden lang und mehr in Alkohol absol. aufbewahrten Molluscumfragmenten in die vordere Augenkammer: die erste Art der Überimpfung war grofsenteils ohne Erfolg, während bei der zweiten Art sowohl oberflächliche Beobachtung wie histologische Untersuchungen auf ein Gelingen der Impfung hinwiesen. Es fand sich hierbei vor allem gröfsere Differenzierung der Struktur der Körperchen und in deren Innerem kleine sporenförmige Gebilde von 1 μ Durchmesser, und zwar an einigen Stellen in solcher Menge vereinigt, dafs sie fast an eine Schimmelvegetation denken lassen. Zu demselben Schlusse führten die in der dritten Versuchsreihe erhaltenen mikroskopischen Befunde. S. glaubt auf Grund dieser Befunde in Übereinstimmung mit seinem Lehrer Campana, dafs bezüglich der parasitären Natur der in so zahlreichen Aggregationen wahrgenommenen intra- und extracorpuskulären Sporen kein Zweifel herrschen kann. Welche Verwandtschaftsbeziehung allerdings zwischen diesen sporenförmigen Körperchen und den klassischen Molluscumkörpern resp. den Prowazekschen „Initialkörpern“ besteht, dafür kann Verfasser vorläufig eine Erklärung nicht abgeben. Mit drei Abbildungen. *Stern-München.*

Zur Kasuistik des Adenoma sebaceum Pringle, von Ernst Eitner-Wien (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 33.) Mitteilung eines einschlägigen Falles aus der Riehlschen Klinik mit histologischen Untersuchungen. *W. Lehmann-Stettin.*

Beitrag zur Therapie des Narbenkeloids, von Alfred Staub-Breslau. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1909. Nr. 46.) Bei einem jungen Manne mit Narbenkeloiden in der Nackengegend liefs St. kontinuierlich Thiosinaminpflaster tragen und wegen gleichzeitig auftretender Furunkel Bäckerhefe einnehmen. Es trat völlige Abflachung der Keloide ein. *Schourp-Danzig.*

Keloid. Eine vergleichende histologische Studie, von M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 16.) Darlegung des heutigen Standes der Keloidfrage und Bericht von 18 beobachteten Fällen. Nach H.s Ansicht ist eine Unterscheidung des wahren vom falschen Keloid klinisch und histologisch unmöglich. *Schourp-Danzig.*

Die Behandlung von Angiomen. Spezialbericht. (*Brit. med. Journ.* 10. April 1909.) Der Artikel berichtet über einige sehr frappante Erfolge, welche Verfasser in der Praxis von Wickham und Degrais in Paris bei äufserst ungünstigen Fällen von Angiomen am Gesichte unter Radiumbehandlung beobachtet hat. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Behandlung der Warzen mittels Kelenvereisung, von K. Büdinger. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 37.) Als sehr bequeme und wirksame Behandlung empfiehlt B. die Anwendung des Chloräthylsprays. Die Vereisung soll etwa eine Minute lang, nachdem sie vollständig geworden ist, fortgesetzt werden und mufs zwei bis drei Mal wiederholt werden, am besten jeden zweiten Tag. Bei tiefliegenden akanthoiden Warzen empfiehlt es sich zuvor die Kuppe mit dem Messer abzutragen. Auch ist die Arsenbehandlung, namentlich bei anämischen Personen, nicht zu vergessen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Acanthosis nigricans, von S. Pollitzer-New York. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 17.) Bericht eines Falles, der eine 62jährige Frau betraf, welche an Darmkrebs starb. Übersicht über die in der Literatur veröffentlichten Fälle. P. schliefst sich der Ansicht Burmeisters an, dafs die Acanthosis nigricans mit Carcinomatose im Zusammenhang steht, indem eine Reizung des Bauchsympathicus vorliegt. Bezüglich der juvenilen Form, die ja sehr selten vorkommt, steht P. auf dem Standpunkte Dariers, dafs sie ihre Erklärung in einer kongenitalen Mifsbildung, einem Teratom oder einer gutartigen Neubildung finden könnte. *Schourp-Danzig.*

Zur Kenntnis des Morbus Recklinghausen, von A. Hintz-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 33.) Mitteilung von drei Fällen, von denen zwei vor allem das Kongenitale dieser Erkrankung und die Erblichkeit zu demonstrieren vermögen, während der dritte Fall die Beobachtungen zu stützen geeignet ist, welche zuerst Recklinghausen hervorgehoben hat, dahin lautend, dafs die Neurofibromatosis mit den von Bruns u. a. beschriebenen Rankenneuromen „evidente Zusammengehörigkeit" zeigen. An der klinischen Zusammengehörigkeit können die verschiedenen histologischen Befunde der einzelnen Geschwülstchen nichts ändern. Schon v. Recklinghausen konnte bei gleichbleibender Geschwulstursache nur „eine relative Differenz" für die Lokalisation bezw. Art der Tumorbildung finden; und Verfasser vertritt den bei verschiedenen Krankheitsbildern zutreffenden Standpunkt, dafs gemeinsamen klinischen Bildern des öfteren verschiedenes pathologisches Substrat zukommt. *W. Lehmann-Stettin.*

Ein Fall von Neurofibromatose der spinalen Nervenstämme mit den ungewöhnlichen Symptomen der myatrophischen Myotomie, von Heinrich Lorenz Graz. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 38.) Ein 19jähriger Kranker mit typischem

Befunde der Myotomie zeigte gleichzeitig allgemeine Neurofibromatose der spinalen Nerven. Unter der Haut fanden sich Knötchen und Stränge, welche sich histologisch als Nervengeschwülste erwiesen. *Schourp-Danzig.*

c. *Pigmentanomalien.*

Über den sog. Mongolenfleck auf Grund von 30 Fällen, von A. v. Koós-Budapest. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 52, 1.—3. Heft.) Unter 15000 Kindern des poliklinischen Materials im Stefanie-Kinderspital fand der Verfasser 30 Fälle von Mongolenfleck. Zehn davon waren Zigeuner, fünf jüdischer Abstammung, die übrigen 15 magyarischer Abstammung. Mit besonderer Häufigkeit kommt der Pigmentfleck bei den Individuen mit dunklerer Hautfarbe vor. In diesen Fällen ist in der Tiefe des Coriums eine grofse Menge von charakteristischen Pigmentzellen eingebettet, die in geringerer oder gröfserer Anzahl auch in der Haut solcher Kinder vorgefunden wurden, welche an der entsprechenden Stelle keine derartige Flecke erkennen liefsen. Daraus folgt, dafs diese Pigmentzellen blofs in jenen Fällen derartige blaue Flecke verursachen, wo sie an entsprechender Stelle in einer gröfseren Masse zusammengepfercht sind, was nur dann vorkommt, wenn die Haut des Individuums im allgemeinen pigmentreich ist. Es handelt sich dem Wesen nach nur um quantitative Unterschiede der Pigmentzellen, die individuell und der Rasse nach verschieden sind. In diesen Flecken ist aber kein rassenbestimmendes Zeichen zu erblicken, wie dies von mancher Seite geschieht und blofs dies einzige Zeichen zur Rassenbestimmung herangezogen wird. *Schourp-Danzig.*

Akuter Morbus Addisonii nach Thrombose beider Nebennierenvenen, von H. Straub-Tübingen. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 97, Nr. 1 u. 2.) Bei einem 34 jährigen Patienten, der an einem cirrhösen Carcinom des Pylorus mit multiplen Metastasen im retroperitonealen Gewebe, der Gegend des Hilus der linken Niere, den oberflächlichen Schichten des Peritoneums und den Lungen und Pleuren litt, traten elf Tage vor dem plötzlich erfolgten Tode die Symptome des Morbus Addisonii auf. Die akut aufgetretenen Symptome desselben dokumentierten sich in Pigmentation, Asthenie und Adynamie und psychischen Veränderungen (Unruhe usw.). Die Pigmentation begann unter dem Bilde einer Rötung an Stellen, die einem Druck von aufsen besonders ausgesetzt waren. Bei der Sektion fanden sich aufser den obengenannten Carcinomherden noch einige wenige, sehr kleine in der Nebennierensubstanz, teils unter der Kapsel, teils entlang der Vene, aufserdem aber eine beiderseitige vollständige Thrombose der Nebennierenvene, deren Alter, nach dem Zustande der Organisation der Thromben zu schliefsen, mit dem Alter der Addisonschen Symptome genau übereinstimmte. Im Gegensatz aber zu den Versuchen von Strehl und Weiss, welche beim Kaninchen nach Unterbindung des venösen Abflusses der Nebennieren einen konstanten Blutdruckabfall sahen, betrug der Blutdruck in diesem Falle noch wenige Stunden vor dem Tode 99 mm Hg und fiel erst kurz vor dem Tode auf weniger als 90. Der Autor sieht in dieser Beobachtung eine Bestätigung der Annahme, dafs die Produkte der Nebennieren auf dem Blutwege durch die Venen in den Organismus übertreten. Nach vollständigem Verschlufs beider Nebennierenvenen genügen wenige Stunden oder Tage zur Ausbildung der ersten klinischen Symptome der Addisonschen Krankheit.. *Gunsett-Strafsburg.*

Akuter Morbus Addisonii, von A. F. Shoyer-London. (*Brit. med. Journ.* 8. Mai 1909.) Kurzer Bericht über einen letal verlaufenen Fall, bei welchem die Darreichung von Nebennierenextrakt (0,3 alle vier Stunden) vorübergehend günstig wirkte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Addisonscher Krankheit, von Schweizer. (*Medicinskoje Obosrenje.* 1909. Bd. 72.) Die Krankengeschichte betrifft einen 26jährigen Mann mit charakteristischer Dunkelfärbung der Haut bei vorhandenen Zeichen von Lungentuberkulose (bronchiales Exspirium über den Lungenspitzen, positiver Ausfall der Pirquetschen Reaktion). *Arthur Jordan-Moskau.*

Ein Fall von Morbus Addison nebst Autopsiebefund, von Ch. H. Lewis-New York. (*Med. Record.* 9. Jan. 1909.) 54jähriger italienischer Arbeiter, der wenige Tage nach der Aufnahme ins Hospital starb. Es fand sich Tuberkulose der Nebennieren sowie Degeneration der Ganglienzellen in den Sympathikusganglien, wahrscheinlich hervorgerufen durch Druck von seiten benachbarter vergröfserter Lymphdrüsen. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Biologie der Nebennierensysteme, von H. Beitzke. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 39.) Zusammenfassender Bericht über die Addisonsche Krankheit, zu kurzem Referat nicht geeignet. *Arthur Schucht-Danzig.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Ein ätiologisch interessanter Fall von Vitiligo, von Hesse-Dresden. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 40.) Kurzer Bericht über einen jungen Mann, bei dem angeblich über Nacht infolge eines heftigen Schrecks mehrere ziemlich grofse Vitiligoflecke auf der rechten Gesichtshälfte und vollständige Entfärbung der auf den Flecken befindlichen Augenbrauen- und Schnurrbarthaare entstanden sind. Der Mann bot bei der von H. mehrere Jahre nach der Schreckensnacht vorgenommenen Untersuchung das typische Bild einer traumatischen Neurose (Schreckneurose) dar; Anhaltspunkte für eine organische Nervenerkrankung fehlten. *Götz-München.*

Über ein neues Instrument zur Vitiligobehandlung und Beseitigung verunstaltender Narben und Tätowierungen, nach M. L. Heidingsfeld-Cincinnati. (*Med.-techn. Rundsch.* 1909. Nr. 1.) Mit Hilfe eines kleinen, näher beschriebenen, elektromagnetischen Apparates wird durch Punktionsnadeln schnell und schmerzlos die Tätowierung der nichtpigmentierten Stellen ausgeführt. Als Farbe wird eine Paste aus leichtem gelben Ocker benutzt. Eine Fläche von mehreren Quadratzoll kann in zehn Minuten bedeckt werden. (Apparat angefertigt von Louis & H. Loewenstein-Berlin; Preis 60 Mark.) *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Beziehungen des Lupus erythematodes zur Tuberkulose, von Karl Ullmann. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 34.) U. hat in 80% seiner Lupus erythematodes-Fälle irgendwelche Beziehungen zur Tuberkulose nachweisen können, entweder Tuberkulinreaktion, oder spätere Umwandlung in Lupus vulgaris, oder das gleichzeitige Bestehen anderer äufserer oder innerer tuberkulöser Erkrankungen. Er ist sich darüber klar, dafs ätiologische Beziehungen zwischen Lupus erythematodes und Tuberkulose bestehen, wenn auch deren Natur heute vielleicht noch nicht mit vollkommener Sicherheit auszumachen ist. In diesem Sinne unternimmt er eine Sichtung der Literatur und trägt mit viel Kritik alles zusammen, was in dieser Hinsicht zur Veröffentlichung gelangt ist. (Wie in einer Reihe ähnlicher Arbeiten der letzten Jahre wird zwar in sehr kritischer Weise dem Umstand Rechnung getragen, dafs ein Nebeneinanderbestehen von Lupus erythematodes und tuberkulösen Erkrankungen nicht ohne weiteres Beziehungen zwischen beiden bedeutet, es wird aber nicht genügend betont, dafs das vollkommene Fehlen irgendeines tuberkulösen Herdes im Körper bei bestehendem Lupus erythematodes den etwaigen Einflufs tuberkulöser Toxine vollständig ausschaltet; und es sind eine Reihe sehr gewissenhaft vorgenommener Sektionen bekannt, bei denen an keiner Stelle des Körpers irgendwelche Tuberkulose

nachgewiesen werden konnte. Entweder diese vereinzelten, aber positiven Befunde sind weit höher anzuschlagen als noch so eingehende klinische Beobachtungen, oder wir fassen unter dem Namen Lupus erythematodes verschiedene Affektionen zusammen, bei denen wir früher oder später an der Hand besserer Einsicht in die Ätiologie eine Trennung vornehmen müssen. Auch U. hat ja in 20% seiner Fälle nichts nachweisen können, was für einen tuberkulösen Ursprung des Lupus erythematodes zu verwerten gewesen wäre. Ref.) *W. Lehmann-Stettin.*

Ein Fall von akutem Lupus erythematosus, von J. E. R. McDonagh-London. (*Lancet.* 17. Juli 1909.) Der Fall betraf ein 15jähriges Mädchen, welches sonst gesund gewesen war. Die ersten Erscheinungen waren Kälte und bläuliche Verfärbung an den Fingern und Zehen; später entwickelte sich an den Armen, dem Gesicht und Rücken ein diffuses, papulöses Erythem mit Pigmentierungen und Schuppenbildung. Die Erscheinungen am Gesicht waren entschieden als Lupus erythematosus zu deuten. Im weiteren Verlauf stellten sich auch diffuse, kleine Narben ein. Nach wechselvollem Verlauf mit gelegentlichen Besserungen und Rezidiven, teils mit Schüttelfrost und hohem Fieber, trat etwa ein halbes Jahr nach dem ersten Anfang der Krankheit eine allgemeine Peritonitis hervor, der bald darauf eine purulente, tödliche Pericarditis folgte. Eine Autopsie wurde nicht gestattet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Radium bei Lupus erythematosus, von G. Booth-Chesterfield. (*Brit. med. Journ.* 3. April 1909.) Bericht mit Abbildungen über einen Fall bei einem elfjährigen Mädchen, welches erst mit Röntgenstrahlen, dann mit Radiumbromid behandelt wurde. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Festes Karbondioxyd bei Lupus erythematosus, eine neue, erfolgreiche Behandlungsmethode, von William S. Gottheil-New York. (*New York med. Journ.* 3. Juli 1909.) Die Arbeit bringt drei erfolgreich mit Kohlensäureschnee behandelte Fälle von Lupus erythematosus, einem Hautleiden, welches oft so schwer der Heilung zugänglich ist und den vielen dagegen empfohlenen Mitteln, wie mineralischen Säuren, kaustischen Alkalien, Thermokauter usw., trotzt oder recht häfsliche Narben damit gibt. Alle diese Nachteile sind mit Anwendung der festen Kohlensäure zu vermeiden: sie kann in jeder beliebigen Form, entweder als feiner Stift oder in breiter, halbmarkstückgroßer Ausdehnung angewendet, und durch die Dauer der Applikation und Art des Druckes die Stärke beliebig modifiziert werden. Leichter Druck auf etwa 20 Sekunden wird mäfsige Reaktion mit keiner oder nur geringer Narbenbildung, stärkerer Druck auf 60 Sekunden ausgesprochene Reaktion und Zerstörung der Haut bewirken, und zwischen diesen beiden Extremen kann man jede gewünschte Form von Gewebezerstörung und Narbenbildung erhalten. Sehr wichtig ist die geringe Schmerzempfindung bei Anwendung dieses „kalten Ätzmittels“, nur einige Minuten danach ist mäfsiges Brennen, wie nach Erfrierung, vorhanden. Fernere Vorteile des Kohlensäureschnees sind, dafs er leicht erhältlich und transportierbar ist, sich stundenlang hält und der Preis ein sehr geringer ist. Für G. gibt es daher kein anderes so leicht anwendbares, wirksames, rasch und schmerzlos zum Ziele führendes Mittel gegen Lupus erythematosus wie die feste Kohlensäure. *Stern-München.*

Ein Fall von juvenilem Myxödem, von D. A. Thomson-Saddleworth. (*Lancet.* 25. Sept. 1909.) Bericht (mit Abbildung) über ein 18jähriges Mädchen, bei welchem die nunmehr typischen Erscheinungen nach Angabe der Mutter im sechsten Lebensjahre eingesetzt hatten. Die Verabreichung von Jodothyrin in Dosen von 0,05 erwies sich als ungemein wirkungsvoll. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über das benigne Sklerödem Erwachsener, von G. Nobl-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 38.) Krankheitsberichte von drei Patienten, bei denen im Anschlufs an Bronchitis und Parotitis epidemica eine vom Gesicht und Nacken aus-

gehende, in diffuser Verbreitung, symmetrischer Anordnung und rapider Entwicklung, ausgedehnte Hautbezirke einbeziehende, tiefsitzende Cutisstarre sich geltend machte, die selbst nach längerem Bestande, ohne von sekundären Veränderungen gefolgt zu sein, dem spurlosen Ausgleich zugänglich ist. Anatomisch ist der Zustand als eine besonders nur die tieferen Anteile der Lederhaut befallende starke Quellung des kollagenen Geflechts zu definieren, an welcher entzündliche Vorgänge keinerlei Anteil zu haben scheinen. *Schourp-Danzig.*

Acrodermatitis chronica atrophicans und circumskripte Sklerodermie, von G. Arndt. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 28.) An der Hand zweier Krankengeschichten wird Differentialdiagnose, Therapie usw. eingehend besprochen.

Arthur Schucht-Danzig.

Über die Beziehungen der Sklerodermie zur Tuberkulose, von S. Reines-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 32.) In fünf Fällen von diffuser Sklerodermie, die an der Klinik Ehrmanns zur Beobachtung gelangten, ist die Tuberkulinprobe stets positiv gewesen; ferner hat das Tierexperiment in zwei Fällen insofern einen positiven Ausschlag gegeben, als sich bei den betreffenden Meerschweinchen, denen kleine aus dem initialen Ödem exzidierte Hautstückchen in die Bauchhöhle versenkt worden waren, miliäre Knötchen in Milz und Leber bildeten. In fünf weiteren Fällen von umschriebener Sklerodermie konnte keinerlei Anhalt in der gedachten Richtung gewonnen werden. Aus der Literatur wird ferner zusammengetragen, was sich an hier und da verstreuten Notizen findet, die eventuell auf einen Zusammenhang zwischen Sklerodermie und Tuberkulose hinweisen. *W. Lehmann-Stettin.*

Ein Fall von ausgebreiteter Sklerodermie im Kindesalter mit halbseitiger Atrophie der Zunge, von Stackelberg. (*Russki Wratsch.* 1909. S. 1389.) Der Fall von allgemeiner Sklerodermie, welchen S. beobachtet hat, betraf ein zehnjähriges, nervöses, jüdisches Mädchen. Als Besonderheiten des Falles erwähnt die Verfasserin noch Ulcusatrophie der Zunge und Vergröfserung der Schilddrüse.

Arth. Jordan-Moskau.

Die Alopecia areata ist nicht contagiös. Antwort an M. Hallopeau, von Lucien Jacquet. (*La clinique* 1908. Nr. 51.) Der Autor, der bekanntlich ein eifriger Verfechter der Theorie vom neurotischen Ursprung der Alopecia areata ist, benutzt vorliegenden Aufsatz, um einen in „*La clinique*“ am 23. Oktober 1908 erschienenen Artikel von Hallopeau, der ein ebenso überzeugter Anhänger der parasitären Theorie ist, zu widerlegen. Am eingehendsten bespricht J. die familiären und anderen Epidemien von Alopecia areata, auf die ja von den Anhängern der parasitären Theorie mangels eines nachweisbaren Parasiten am meisten Gewicht gelegt wird. Das familiäre Vorkommen der Krankheit erklärt er aus einer latenten Disposition, die durch verschiedene Einflüsse wachgerufen wird. Die Seltenheit des Vorkommens der Krankheit bei zwei Ehegatten spräche gegen eine Übertragbarkeit und auch Sabouraud, der unter Tausenden von Fällen höchstens zehn konjugale erlebt hat, sei geneigt, letztere als eine zufällige Koïnzidenz zu betrachten.

Was die übrigen Epidemien anbelangt, so zweifelt er sie alle a priori an, gestützt auf die Tatsache, dafs ihm trotz vieler Versuche nie eine künstliche Übertragung der Krankheit gelungen sei. Besonders die Epidemien in der Armee scheinen ihm von vornherein als für Simulation verdächtig oder auch als von unkompetenter Seite oder oberflächlich beobachtet. Ebenso die Epidemien in Schulen. Letzteres weist er direkt am Beispiel einer von Hallopeau (*Bull. Acad. méd.* 1901. S. 139) mitgeteilten Epidemie nach, wo Hallopeau die wichtigsten Punkte nachträglich berichtigen mufste (*Bull. Acad. méd.* 1901. S. 342.) Ferner an der vor Lassar auf dem internationalen Dermatologenkongrefs in Berlin mitgeteilten Schutzmannsepidemie, wo Jacquet selber

feststellen konnte, dafs mehrere Kranke gar keine Alopecia areata hatten, und wo es von den übrigen nicht feststand, ob sie nicht schon ihre Krankheit vor dem Aufenthalt in dem inkriminierten Schlaflokal hatten. Die Epidemie wurde ja später von Th. Mayer („Zur Übertragung der Alopecia areata.“ *Dermatolog. Zeitschr.* Bd. XIII, Heft 1) ausführlicher beschrieben und begründet, doch will J. gerade aus den dort mitgeteilten Abbildungen mit dreieckigen, unregelmäfsigen, kranzförmigen und schnurförmigen Alopecien auf einen Irrtum in der Diagnose schliefsen.

Gunsett-Strafsburg.

Haarausfall beim Morbus Basedowii, von H. W. G. Macleod-London. (*Brit. med. derm.* 1909. 17. April.) Kurzer Bericht über eine 28jährige Dame, bei welcher im Anschlufs an deutliche Symptome von Morbus Basedowii das Kopfhaar sowie Augenbrauen und Wimpern starken Ausfall zeigten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über eine seltene Kombination von Syringomyelie mit Cutis laxa und Hyperflexibilität, von Gustav Joerdens. (*Med. Klinik* 1909. Nr. 23.) Ein 21jähriger Mann kann am ganzen Körper die Haut in grofsen Falten wie eine elastische Membran aufheben; am stärksten gelingt dies bei der Kopfhaut und der Haut der beiden oberen Extremitäten und der Haut von Brust und vom Rücken. Seit Kindheit besteht bei demselben Manne eine Hyperflexibilität der Finger in den Metakarpophalangealgelenken, die auch bei seiner Schwester vorhanden sein soll. Die nähere Untersuchung des Mannes, der als „Artist“ seine elastische Haut zeigt, ergab daneben einen Symptomkomplex, den Verfasser als Syringo- respektive Hydromyelie deutet: Temperatursinnstörungen und Analgesie an den Händen, eigenartige vasomotorische Störungen, sehr starke Zyanose der beiden Hände und der beiden unteren Drittel der Unterarme und teilweise der beiden Ohren. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über die Behandlung der Hämorrhoiden, von Karl Marx-Frankfurt a. M. (*Ärztl. Vierteljahrs-Rundschau* 1909. Nr. 3.) Empfehlung der Anusolstuhlzäpfchen, weil sie dünnbreiigen Stuhl erzeugen, desinfizieren, Granulationen befördern und ungiftig sind. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Unnasche Behandlung von Beingeschwüren, von G. Pernet-London. (*Brit. med. Journ.* 20. Februar 1909.) Verfasser betont, dafs die Unnasche Originalvorschrift hierbei lautet: die ersten Touren mit der doppelköpfigen Binde sollen das Ulcus selbst umfassen, um eine Annäherung und Abflachung der kallösen Ränder zu erzielen. In einer neuerlichen Veröffentlichung hat Hecker (siehe Referat *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 47, S. 113) anempfohlen, den ganzen Unterschenkel, an den Zehen anfangend, zu umwickeln. Dies Verfahren findet P. weniger empfehlenswert.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Unnasche Behandlung der Beingeschwüre, von H. Barr-London. (*Brit. med. Journ.* 10. April 1909.) Als eine nützliche Modifikation der Unnaschen Vorschrift empfiehlt B. folgendes Rezept: ℞ Holzkohle 18 Teile, Zinc. oxydat. 6, Acid. boric. 6, Gelatine 16, Glycerin 20, Wasser 50. Man erweiche die Gelatine mit einem Teild des Wassers und des Glycerins zwölf Stunden hindurch, bereite eine Paste mit den übrigen Bestandteilen, mische alles zusammen und erhitze auf dem Wasserbade unter gründlicher Verreibung. Beim Anlegen des Verbandes pflegt Verfasser erst eine karbolgetränkte Binde anzulegen und dann erst den Leim aufzupinseln. (Dies dürfte wohl bequemer sein, aber in vielen Fällen kaum eine Verbesserung bedeuten. Ref.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Chronische variköse Geschwüre des Beins, von A. J. Buka-Pittsburg. (*Med. Record.* 9. Oktober 1909.) B. legt Wert auf die genaue Untersuchung des Patienten zwecks Feststellung der Ursache der Stauung. Auf Grund eigener Erfahrung an grofsem Materiale berührt er kurz den Wert der einzelnen, gewöhnlich verwendeten

Medikamente und das Stadium der Erkrankung, in welchem das eine oder andere jeweilig angebracht erscheint. Für sehr wichtig hält er häufigen Wechsel des applizierten Mittels. Er weist ferner seine Patienten regelmäſsig an, beim Sitzen oder Liegen nie die Knie gebeugt zu halten, da dabei besonders eine Störung im Blutrückfluſs auftrete. *W. Lehmann-Stettin.*

Scharlachrot in der Behandlung chronischer Geschwüre. Anonym. (*Med. Record.* 10. Juli 1909.) Davis hat im *„John Hopkins Hospital Bulletin"* (Juni 1909) über 60 Fälle berichtet, in denen er ganz ausgezeichnete Resultate mit 2—20% Scharlachrot in Vaselin selbst bei sehr alten und auſserordentlich ausgedehnten Geschwüren gehabt hat. Auch syphilitische Geschwüre, die monatelang spezifischer Behandlung widerstanden hatten, heilten einige Male besonders gut, wenn das Scharlachrot der grauen Salbe zugesetzt wurde. Gewöhnlich nimmt er das Scharlachrot in einer Konzentration von 8%, richtet sich aber im einzelnen Falle ganz nach der individuellen Reaktion, die oft so kräftig sein kann, daſs es sich bei groſsen Geschwürsflächen empfiehlt, immer nur kleine Partien damit zu behandeln.

W. Lehmann-Stettin.

Das Quecksilber bei enfachen varikösen Geschwüren, von v. Christodulo. (*Spitalul.* 1909. Nr. 18.) Die Behandlung bestand in Kreolinbädern und Umschlägen mit Sublimatlösung 1:3000, sowie auch in Verabreichung von Protojoduretpillen innerlich. Bei den derart behandelten sieben Patienten heilten auf diese Weise die Geschwürre anstandslos, obwohl bei den meisten früher die sonst üblichen Behandlungsmethoden resultatlos angewendet wurden. Bemerkt wird ausdrücklich, daſs es sich in allen diesen Fällen um einfache Unterschenkelgeschwüre und keineswegs um syphilitische Ulcera gehandelt hatte. *E. Toff-Braila.*

Beitrag zur Behandlung der Ulcera varicosa, von Della Vedova (*Il Policl.* Bd. XVI, Nr. 9.) Empfiehlt die zirkuläre Inzission in Verbindung mit Resektion der Saphena. 14 Fälle mit gutem Resultat operiert. *Haas-Hamburg.*

Ein neuer Dauerkompressionsverband für Ulcera cruris, von O. Zischke-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. No. 26.) Verfasser verfährt folgendermaſsen: Der Unterschenkel wird mit Heftpflasterstreifen in geeigneter Straffheit umwickelt, wobei das Geschwür durch ein Fenster zugänglich gelassen wird. Die offene Stelle wird mit Pulver oder Salbe und einer Kompresse bedeckt; letztere wird mit einem Heftpflasterstreifen festgehalten. Dann folgt Trikotschlauchbinde (strumpfartig übergezogen) und eine elastische und darüber eine unelastische (Mull-) Binde. — Das Verfahren kann kaum als neu bezeichnet werden und dürfte sicherlich nicht wirksamer und in der Anlegung einfacher als der Unnasche Leimverband sich erweisen. (Ref.) — *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zum Mechanismus der Entwicklung der Anetodermie (Atrophia cutis), von Tkrebinski. (*Russki Wratsch.* 1909. Nr. 31.) Verfasser hat Hautstückchen von zwei Personen, die eines gewaltsamen Todes starben und gerichtsärztlich seziert worden waren, nach dem Vorbilde von Ewald und Kühne, der Wirkung von Magensaft resp. der Wirkung von aktivierten Pankreassaft von einem Hunde ausgesetzt und konnte sich dabei überzeugen, daſs nach einigen Stunden das elastische Gewebe schwand, was bei dem zur Kontrolle in physiologische Kochsalzlösung gelegten Hautstückchen nicht der Fall war. Da nun die Leukocyten, welche die Haut beim Entzündungsprozeſs infiltrieren, bei ihrem Zerfall, die in ihrem Leibe eingeschlossenen trypsinähnlichen Gärungsstoffe (nach Metschnikow Cytasen) absondern, so glaubt Verfasser, daſs der Schwund der elastischen Fasern bei der Anetodermie eben durch diese Trypsinwirkung zu erklären ist. *Arthur Jordan-Moskau.*

Hautkrankheiten des Greisenalters, von Jadassohn-Bern. (Aus *Lehrbuch der Greisenkrankheiten*. F. Enke-Stuttgart.) Ehe J. auf die eigentlichen Hauterkrankungen der Greise eingeht, schildert er kurz die Veränderungen, welchen das Hautorgan an sich auch normalerweise mit zunehmendem Alter unterliegt, wobei er auch die Histologie dieser Zustände streift. Sodann werden in den beiden Hauptabschnitten: 1. die dem Greisenalter eigentümlichen, d. h. die eigentlichen Greisenkrankheiten der Haut, welche sonst nicht oder nur ausnahmsweise beobachtet werden, und 2. die Veränderungen, welche die anderen Hautkrankheiten unter dem Einfluſs des Seniums erleiden, abgehandelt.

Zu den eigentlichen Greisenkrankheiten rechnet Jadassohn: 1. den Pruritus senilis, 2. senile Gefäſserkrankungen (Purpura senilis, senile Gangrän), 3. Neubildungen, 4. Haar- und 5. Nägelveränderungen.

Als Neubildungen führt er die senilen Angiome, die Talgdrüsennaevi (Crocker, Jadassohn-Hirschfeld), die Verrucae seniles und das Keratoma senile an. Die Verrucae, um nur dies herauszugreifen, definiert er als besonders am Rücken lokalisierte Efflorescenzen, welche konvex gewölbt oder beetartig sind, dabei eine glatte oder ganz fein, selten gröber gekörnte Oberfläche haben. Die hautfarbenen bis schwarzen Warzen fühlen sich derb und rauh an, sitzen der Haut auf ohne Infiltration. Sie lassen sich mit dem Fingernagel oder scharfen Löffel abschaben und es bleibt dann nur eine aus den Papillarkörpergefäſsen blutende glatte Fläche übrig. Sie wachsen sehr langsam und verschwinden oft im hohen Alter wieder von selbst. Demgegenüber sind die vielfach als seborrhoische oder senile Warzen der Gesichtshaut bezeichneten Veränderungen des Keratoma senile (Kératose précancéreuse sénile) wohl zu unterscheiden. Es sind kleine, graugelbliche Herde mit leicht körniger Oberfläche, von der sich trockene Schuppen ablösen lassen. Nach der Ablösung der Schuppen bleiben feinkörnige, rötliche Flecke übrig, welche hier und da noch kleine Horneinlagerungen tragen. Daneben finden sich grübchenförmige Vertiefungen, in die von der Unterseite der Schuppen die Hornpfröpfe hineinragen. Sie kommen auch auf den Händen vor und können unmerklich in Hautkrebse übergehen. Histologisch stellen sie Hyperkeratosen mit unregelmäſsig in die Tiefe vordringenden Hornzapfen und oberflächlicher cutaner Infiltration dar mit ganz unbedeutenden Epithelwucherungen. Die vorher beschriebenen Verrucae seniles hingegen sind Hyperplasien des Rete (Akanthome). Die Cornua cutanea vervollständigen das Bild der gutartigen Geschwülste. Das Kapitel über die malignen Neubildungen enthält die Stachelzellenkrebse und die basocellulären Epitheliome, die Cylindrome, die Pagets disease und die malignen Tumoren aus weichen Naevis. Als einzige Behandlung der malignen Tumoren empfiehlt er mit Recht die Exzision. Erst die inoperabeln Fälle kommen für Caustica, Röntgen und Radium sowie Fulguration in Betracht.

Der zweite, gröſsere Abschnitt der Arbeit enthält eine Übersicht über die in den anderen Lebensaltern vorkommenden Dermatosen speziell mit Rücksicht auf die Veränderungen, welche das Greisenalter an ihnen hervorbringt. Der Verfasser erkennt an, daſs bis jetzt nur mangelhaftes Material für eine derartige Beurteilung der Hautkrankheiten vorliegt und möchte durch diese Arbeit für spätere Vervollständigung des Materiales anregend wirken. Es ist nicht möglich im Rahmen des Referates auf die Einzelheiten dieses Kapitels einzugehen, welche im Original nachgelesen zu werden verdienen. Unzweifelhaft hat der Autor recht, wenn er meint, daſs an dieser Stelle eine Lücke in unserer dermatologischen Literatur besteht. *Gunsett-Straſsburg.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 50. №. 7. 1. April 1910.

Die Messung der Radium- und Röntgenstrahlen.[1]

Von

Privatdozent Dr. H. Greinacher-Zürich.

Mit einer Abbildung im Text.

I. Die Intensitätsmessung.

Einleitung.

Die Wissenschaft des Radiums und der neueren Strahlen überhaupt hat in ungeahnter Weise unsere Kenntnis von der Konstitution der Elektrizität und der Materie erweitert; und ebenso hat die praktische Verwendung dieser Strahlen zu medizinischen Erfolgen geführt, deren Tragweite man selbst jetzt nocht nicht völlig übersehen kann. Es ist nun klar, daſs sowohl bei allen rein wissenschaftlichen Untersuchungen auf dem Gebiete des Radiums, als auch bei praktischen Anwendungen desselben die Messung der Strahlen eine Hauptrolle spielt.

Ich habe mir nun vorgenommen, einiges über das Prinzip und die Ausführung dieser Messungen zusammenfassend mitzuteilen. Man hat naturgemäſs der Ausbildung von Meſsmethoden besondere Aufmerksamkeit zugewandt, so daſs es nicht zu verwundern ist, wenn gegenwärtig eine groſse Anzahl von Verfahren in Gebrauch sind. Die Methoden ändern sowohl je nach der Strahlenart, mit der man es zu tun hat, als auch mit dem Zweck, den man bei der Messung verfolgt. Bald handelt es sich um die Untersuchung der Strahlen selbst, bald sollen aus der Strahlenintensität Rückschlüsse auf die Menge der radioaktiven Substanz gezogen werden, bald wieder hat man die Strahlen für therapeutische Zwecke zu dosieren.

In allen diesen Fällen ist es von eminenter Wichtigkeit, zuverlässige Methoden an der Hand zu haben. Es ist allgemein bekannt, wie kostbar das Radium und die stark radioaktiven Stoffe überhaupt sind. Da ist es wichtig, daſs man die Substanzen durch die Strahlung genau messen kann.

---

[1] Nach einem Vortrage.

Denn eine direkte Bestimmung durch das Gewicht kommt hier meist gar nicht in Betracht, da es sich bald um unwägbar geringe Substanzmengen, bald um keine reinen Radiumsalze handelt.

So ausgebildet nun auch bereits die heute üblichen Meſsmethoden sind, so sind sie, was hier bemerkt werden muſs, doch noch keineswegs vollkommen. Es dürfte daher von Interesse sein, neben einer bloſsen Beschreibung der Meſsverfahren auch noch auf verschiedene Mängel und wünschbare Verbesserungen hinzuweisen.

Im groſsen und ganzen kann ich mich nur auf das Wesentlichste beschränken, und muſs ich aus dem gleichen Grunde bereits einige wenige Kenntnisse über das Radium voraussetzen. Es sei mir gestattet, diesbezüglich auf mein eben erschienenes Buch über die neueren Strahlen hinzuweisen,[2] das in leicht faſslicher Darstellung einen kurzen Überblick geben soll.

Was nun die Messung der Radium- und Röntgenstrahlen betrifft, so sind es vor allem zwei Dinge, die von Interesse sind. Einesteils will man die Intensität der Strahlen, anderenteils die Qualität derselben kennen. Es ist ungefähr dasselbe, wie wenn wir Lichtstrahlen messen wollen. Hier müssen wir ebenfalls neben der Intensität der Strahlen auch noch angeben, um welche Strahlenart es sich handelt. Wir sprechen von der Helligkeit einer Lichtquelle und ihrer Farbe. Beide Begriffe werden uns unmittelbar durch das Auge vermittelt. Viel schwieriger erscheint die Aufgabe für die Radium- und Röntgenstrahlen. Diese sind unsichtbar, ein Umstand, dem es gerade zuzuschreiben ist, daſs sie der Menschheit solange verborgen bleiben konnten.

Wenn wir nun aber denken würden, die Messung dieser Strahlen müſste sich vollständig von derjenigen der Lichtstrahlen unterscheiden, so trifft dies durchaus nicht zu. Wir dürfen nicht vergessen, daſs es auch dunkle Lichtstrahlen gibt. Erinnern wir uns an die Wärmestrahlen und das ultraviolette Licht. Alle diese Strahlen sind Wellenbewegungen, die sich mit ein und derselben Geschwindigkeit durch den sogenannten Äther fortpflanzen, nämlich mit 300000 km pro Sekunde. Von diesen Ätherwellen ist es nur ein kleiner Teil, der durch das Auge wahrgenommen wird, der andere ist unsichtbar und muſs durch besondere Hilfsmittel der Beobachtung zugänglich gemacht werden. So miſst man die Wärmestrahlen durch die Wärme, die sie bei ihrer Absorption entwickeln, die ultravioletten Strahlen durch ihre chemischen Wirkungen, insbesondere durch die photographische Platte. Ja, man kann die unsichtbaren ultravioletten Strahlen auch direkt sichtbar machen, wenn man sie auf einen Fluoreszenzschirm auffallen läſst. Dieser kommt zum Leuchten, wobei nun die Fluoreszenz-

[2] Ferd. Enke, Stuttgart 1909.

helligkeit ein direktes Mafs für die Intensität der auffallenden Strahlen abgibt. Man kann dann einfach die Mefsmethoden anwenden, die zur Vergleichung von Lichtintensitäten üblich sind.

Wir werden nun sehen, dafs alle diese Methoden auch zur Messung der Radiumstrahlen verwendet werden. Ich betone diesen Umstand, um darauf hinzuweisen, dafs wir auch auf diesem Gebiete nicht vollkommen Neuartiges haben, dafs die Wissenschaft auch hier nur stetig weiterschreite, so explosionsartig ihre Entwicklung zunächst auch erscheinen mag. Desgleichen möchte ich gelegentlich schon darum auf die Lichtstrahlen zurückkommen, als diese unserer Anschauung näher liegen, und dadurch auch das Verständnis unseres Themas erleichtert werden dürfte.

Vergleichung von Intensitäten.

Um Radiumstrahlen zu messen, kann man irgendeine ihrer zahlreichen Wirkungen benutzen. Wenn trotzdem nur eine verhältnismäfsig kleine Anzahl davon wirklich zu Messungen gebräuchlich ist, so liegt dies daran, dafs diese Methoden sich als besonders geeignet erwiesen haben. Es sind deren namentlich drei.

Zunächst kann man die Eigenschaft der Strahlen verwenden, auf die photographische Platte einzuwirken, wobei man aus dem Grade der Schwärzung auf die Strahlenintensität schliefst, dann kann man aber auch die Eigenschaft benutzen, dafs die Radiumstrahlen gewisse Substanzen, wie BaPt-Cyanür, kristallinisches ZnS und dergleichen, zum Leuchten bringen, wobei man nun die erzeugte Fluoreszenzhelligkeit als Mafs benutzen kann. Während diese beiden Methoden durchaus denjenigen analog sind, die man für unsichtbare Lichtstrahlen (ultraviolettes Licht) verwendet, gibt es für Radium- und Röntgenstrahlen noch eine dritte, die nun ganz neuartig ist und die wegen verschiedener Vorteile eine ganz besonders wichtige Rolle spielt. Die Radium- und Röntgenstrahlen besitzen nämlich die merkwürdige Eigenschaft, Luft und überhaupt alle Gase elektrisch leitend zu machen.

Es ist daher möglich, unter der Wirkung dieser Strahlen einen elektrischen Strom durch Luft hindurchzuschicken, und da dieser Strom in gleicher Weise, wie die Intensität der Strahlen, zunimmt, so kann er dann ohne weiteres zur Messung benutzt werden. Immerhin ist dieser Strom bei weitem nicht so stark wie etwa derjenige in stromleitenden Flüssigkeiten oder gar in Metallen. Man kann daher nicht mit gewöhnlichen Galvanometern messen, sondern nur mit Hilfe empfindlicher Elektroskope arbeiten.

Wir werden nun der Reihe nach die auf den genannten drei Wirkungen beruhenden Methoden besprechen. Zunächst die photographische Methode. Hier geht man so vor, dafs man z. B. die radioaktive Sub-

stanz auf eine photographische Platte setzt und die Strahlen eine bestimmte Zeitlang einwirken läfst. Oder man läfst die Strahlen, namentlich im Falle der Röntgenstrahlen, aus gröfserer Entfernung auf die Platte auftreffen, wobei man hier wie dort die Expositionszeit bestimmt. Die auf der Platte hervorgerufene Schwärzung läfst sich nun vom Auge beurteilen, ein Verfahren, das natürlich sehr ungenau ist, oder aber, man mifst die Lichtdurchlässigkeit der photographischen Platte an den geschwärzten und ungeschwärzten Stellen mittels eines Helligkeitsmessers oder Photometers. Die photographische Methode wird dadurch auf die direkte photometrische Methode zurückgeführt, wie man sie ja für gewöhnliche Lichtstrahlen zu verwenden gewöhnt ist. Das Photometrieren einer photographischen Platte ist nun offenbar ein sehr exaktes Verfahren; eine andere Frage ist es aber, ob die Schwärzung der Platte überhaupt ein direktes Mafs für die Strahlenintensität abgeben kann.

Wir werden dabei in der Tat leicht einsehen, dafs es kaum möglich ist, mittels Photographie Strahlenintensitäten exakt miteinander zu vergleichen. Man habe also etwa Strahlen aus zwei Röntgenröhren, welche beide dieselbe Qualität, d. h. dasselbe Durchdringungsvermögen besitzen, so würde ein exakter Vergleich voraussetzen, dafs die Schwärzung in den beiden Fällen (bei derselben Exposition) proportional der Intensität sei. Das ist eine Voraussetzung, die in weiteren Grenzen durchaus nicht erfüllt ist. Belichtet man z. B. eine photographische Platte sehr stark, so tritt keine Schwärzung mehr ein, sondern es erfolgt jene Aufhellung, die man als Solarisation bezeichnet. Will man daher einigermafsen vergleichbare Resultate bekommen, so dürfen die Schwärzungen nicht zu verschieden voneinander sein.

Haben wir es aber zum vornherein mit sehr verschiedenen Strahlenintensitäten zu tun, so kann man sich dadurch helfen, dafs man die stärkeren Strahlen nur eine entsprechend kürzere Zeit einwirken läfst. Wenn man jetzt vergleichen will, so mufs man natürlich auf gleiche Expositionszeiten umrechnen, wobei man wiederum eine Annahme machen mufs, nämlich die, dafs die Schwärzung proportional der Expositionszeit zunehme. Auch diese Voraussetzung birgt Fehlerquellen.

Ein grofser Nachteil des Verfahrens liegt ferner noch darin, dafs die Schwärzung, die man erhält, ganz von der Sorte der photographischen Platte abhängt, sowie von der Art und Dauer der Entwicklung usw., so dafs eigentlich nur dann exakt verglichen werden kann, wenn man die beiden Strahlenbündel auf ein und dieselbe Platte auffallen läfst.

Dagegen besitzt die Methode einen bedeutenden Vorteil. Sie erlaubt nämlich, aufserordentlich geringe Strahlenintensitäten zu messen. Hat man etwa eine schwach radioaktive Substanz, z. B. Uran oder etwa Kalium, so braucht man nur die Strahlen genügend lange einwirken zu lassen, um

schliefslich immer noch eine hinreichende Schwärzung zu bekommen. Es ist dies überhaupt der Vorteil aller jener Methoden, welche die schwachen Eindrücke während beliebig langer Zeit zu einem Gesamteindruck vereinigen lassen, welche die schwachen Wirkungen ansammeln, und die man etwa als Akkumulativmethoden bezeichnen kann, im Gegensatz zu den Instantanmethoden, welche stets nur die augenblickliche Intensität angeben. Dies ist z. B. der Fall bei der fluoroskopischen und der elektrischen Methode.

Bei der photographischen Methode, welche einen Spezialfall des Akkumulativverfahrens darstellt, ist es nun allerdings Bedingung, dafs die Strahlenintensität während der ganzen Expositionszeit konstant sei. Dies darf in manchen Fällen, namentlich bei Verwendung von radioaktiven Substanzen, als erfüllt angesehen werden. Ist dies nicht der Fall, so liefert das photographische Verfahren nur einen zeitlichen Mittelwert für die Strahlenintensität. Ganz ungeeignet ist es, wenn schnell veränderliche Strahlen gemessen werden sollen. Nur, wo es sich um sehr kräftige Strahlen handelt, welche die photographische Platte fast momentan beeinflussen, liefse sich etwa ein Registrierverfahren anwenden, das nun die zeitliche Änderung der Strahlenintensität angeben würde, ähnlich, wie die Registrierbarometer uns über die Veränderungen des Luftdruckes fortdauernd orientieren.

Bei der Messung mit der photographischen Platte ist, sofern man sehr schwache Strahlen hat, zu beachten, dafs man andere Einflüsse möglichst fernhalten mufs. So können gewisse Substanzen, ohne radioaktiv zu sein, auf die Platte einwirken. Ich nenne z. B. diejenigen Substanzen (namentlich gewisse Metalle), die durch den Einflufs der Luft eine dünne Oberflächenschicht von Peroxyd bekommen und aus diesem Grunde eine nicht unbeträchtliche photographische Wirkung ausüben, dann auch gewisse Dämpfe, wie H_2O_2, P_2O_6, welche ebenfalls die Platte schwärzen, so dafs das Verfahren nur unter Anwendung der nötigen Sorgfalt zu eindeutigen Resultaten führt. Je nach der Stärke der zu messenden Strahlen wird man empfindliche oder weniger empfindliche Platten verwenden. Besonders sensibel sind die Marke „blau“ der Firma Lumière und die Röntgenplatten von Schleussner. Auch läfst sich die Empfindlichkeit des Verfahrens auf verschiedene Weise noch steigern. Hier sei nur eine solche Methode erwähnt. Diese besteht darin, dafs man einen sogenannten Fluoreszenzschirm auf die photographische Platte legt, der nun aufleuchtet und dadurch den photographischen Eindruck verstärkt.

Da die Radium- und Röntgenstrahlen aufser der photographischen Wirkung noch viele andere chemische Aktionen ausüben, so ist die Auswahl der darauf fufsenden Mefsverfahren sehr grofs. Alle diese Verfahren besitzen natürlich die Vor- und Nachteile einer Akkumulativmethode. Ich

erwähne etwa die Dunkelfärbung von Glas und von verschiedenen Salzen durch Radiumstrahlen, dann die Zerlegung des Wassers in gasförmigen Wasserstoff und in flüssiges Wasserstoffsuperoxyd, etwa auch die Beeinflussung der Kristallisationsgeschwindigkeit. Ferner die Ausscheidung von Jod aus Jodoform in einer Chloroformlösung durch Radium- und Röntgenstrahlen. Diese und viele andere derartige Wirkungen können ein Maſs für die Strahlenintensität abgeben. Sie lassen sich namentlich für kräftige Strahlen mit Vorteil an Stelle der sensibleren photographischen Platte verwenden, von der sie auch das voraus haben, daſs man das Tageslicht, überhaupt Lichtstrahlen, nicht ängstlich auszuschlieſsen braucht.

Wenden wir uns damit der fluoroskopischen Meſsmethode zu. Diese ist wohl die unmittelbarste Methode, da sie uns die Radium- und Röntgenstrahlen direkt sichtbar macht. Wenn wir zunächst gesagt haben, daſs diese Strahlen unsichtbar wären, so ist das in gewissem Sinne nicht zutreffend. Bringt man nämlich ein einigermaſsen kräftiges Radiumpräparat ans geschlossene Auge heran (10 mg genügen), so bekommt man einen deutlichen Lichteindruck, und die Stärke dieses Lichteindruckes könnte direkt zum Vergleich der Strahlenintensität dienen. Natürlich wäre dieser Vergleich so unsicher, als es ja die bloſse Beurteilung von Helligkeiten durch das Auge überhaupt ist. Auch kann die Methode aus dem einfachen Grunde nicht in Frage kommen, als die längere Einwirkung des Radiums auf das Auge schaden kann.

Was hier den Lichteindruck hervorruft, das ist die Fluoreszenz des Glaskörpers im Auge. So gut dieser unter den Strahlen aufleuchtet, so gibt es noch eine Unmenge anderer Substanzen, welche fluoreszieren und die durch die Helligkeit des ausgestrahlten Lichts die Radium- und Röntgenstrahlen beurteilen lassen. Sehr empfindlich sind die Röntgenschirme, die aus BaPt-Cyanür bestehen, auch das kristallinische Zinksulfid, das man als Sidotblende bezeichnet, besitzt eine groſse Leuchtkraft. Immerhin müssen die auffallenden Strahlen sehr kräftig sein, wenn sie gute Fluoreszenz erzeugen sollen. So sind z. B. schon die Uranstrahlen zu schwach dazu. Es ist daher leicht verständlich, daſs die radioaktiven Strahlen, nicht wie die Röntgenstrahlen, durch Fluoreszenz, sondern durch die photographische Platte gefunden worden sind.

Will man nun Strahlen exakt miteinander vergleichen, so miſst man die erzeugten Fluoreszenzhelligkeiten, was sich mit einem Photometer quantitativ ausführen läſst. Dabei wird dann wieder angenommen, daſs die gemessene Fluoreszenzhelligkeit der Strahlenintensität proportional sei, eine Voraussetzung, die natürlich auch nur in sehr engen Grenzen als erfüllt angesehen werden darf. Da es sich des weiteren fast stets nur um geringe Lichtintensitäten handelt, so ist das Verfahren natürlich ziemlich unempfindlich und wenig bequem. Im allgemeinen verwendet man daher

die fluoroskopische Methode nur zum raschen Vergleich von Strahlenintensitäten. Bei solchen Messungen darf auch nicht vergessen werden, dafs die Fluoreszenzfähigkeit der meisten Substanzen bei längerer Bestrahlung abnimmt. Sie ermüden gleichsam und erschweren dadurch einen exakten Vergleich.

Auch hier mufs im übrigen als Grundbedingung für eine brauchbare Messung gelten, dafs man nur gleichartige Strahlen miteinander vergleicht. Wohl kein Verfahren zeigt so unmittelbar wie das fluoroskopische, dafs die Radium- und Röntgenstrahlen, ja die Radiumstrahlen unter sich, verschiedener Natur sind. Beleuchtet man etwa einen Sidotblendenschirm mit Röntgenstrahlen, so beobachtet man ein gleichmäfsiges Fluoreszieren, bestrahlt man jedoch mit Radium, so zeigt der Schirm ein ganz eigenartiges Flimmern, und unter der Lupe bemerkt man, dafs das Leuchten aus einer Unmenge von Lichtpunkten, die entstehen und wieder verschwinden, zusammengesetzt ist. Diese Erscheinung, die man nach Crookes Szintillation nennt, verschwindet sofort, wenn zwischen Radium und Schirm irgendeine dünne Schicht, z. B. ein Blatt Papier gebracht wird. Es bleibt dann auch hier ein gleichmäfsiges Leuchten zurück. Dieser Umstand zeigt, dafs die Radiumstrahlen aus mindestens zwei Arten bestehen müssen. Die eine erzeugt Szintillation und wird bereits durch ein Blatt Papier zurückgehalten. Es sind dies nichts anderes als die α-Strahlen. Die anderen sind die durchdringenden Radiumstrahlen, unter denen man nochmals zwei verschiedene Sorten zu unterscheiden hat, nämlich β- und γ-Strahlen.

Man hat gefunden, dafs die α-Strahlen aller radioaktiven Körper aus einem rasch dahinfliegenden Strom von Atomen bestehen, die mit grofser Geschwindigkeit aus dem Radium herausgeschleudert werden. Im speziellen bestehen sie sämtlich aus Heliumatomen. Ganz ähnlich sind die Vorstellungen, die man sich über die β-Strahlen gebildet hat. Auch hier haben wir Teilchen vor uns, die mit grofser Geschwindigkeit dahineilen. Nur handelt es sich hier nicht um Atome, sondern um jene Elektrizitätsteilchen, aus denen man sich jedes Quantum Elektrizität zusammengesetzt denkt. Man nennt diese Teilchen Elektronen. Die γ-Strahlen endlich sind ihrem Charakter nach mit den Röntgenstrahlen verwandt, doch ist man über die Natur dieser beiden Strahlen noch nicht ganz im reinen. Zumeist stellt man sie in die Reihe der Lichtstrahlen.

Was nun die Szintillation hervorruft, das sind die Teilchen der α-Strahlen, die auf den Fluoreszenzschirm aufprallen und dort stecken bleiben. Man hat gefunden, dafs jedes α-Teilchen einen einzigen Lichtblitz hervorruft, und ist dazu gelangt, durch Zählung der Lichtblitze, die pro Sekunde auftauchen, die Menge der α-Teilchen direkt zu bestimmen. Verwendet man daher die Szintillationsmethode, die eine Abart des fluoroskopischen Verfahrens darstellt, so ist man imstande, die Strahlen-

intensität außerordentlich exakt und vollkommen quantitativ zu bestimmen. Und da man einzelne α-Teilchen, also gleichsam einzelne Atome beobachten kann, lassen sich Strahlenintensitäten selbst dann noch messen, wenn man wegen der wenigen Teilchen schon längst nicht mehr von eigentlichen Strahlen sprechen kann.

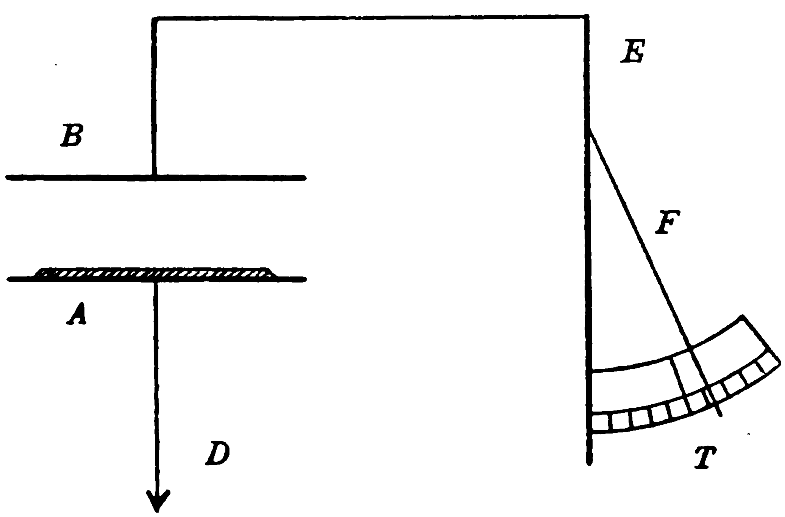
Das Zählen der Teilchen verlangt allerdings äußerste Genauigkeit und ermüdet das Auge stark, selbst wenn man ein Mikroskop verwendet, das die ganze Intensität der winzigen Lichtblitze ausnutzt. Es ist aber wohl das unmittelbarste und offenbar das eleganteste Verfahren, das man gegenwärtig kennt.

Es läßt sich jedoch, wie gesagt, nur auf α-Strahlen anwenden. Allgemeiner verwendbar ist wieder die elektrische Methode, die sich in allen Fällen durch Exaktheit und Empfindlichkeit auszeichnet. Die Anordnung besteht zumeist darin, daß man zwei Metallplatten einander gegenüberstellt und nun die Luft zwischen diesen bestrahlt Die Luft wird dadurch elektrisch leitend, so daß es möglich ist, einen elektrischen Strom zwischen den beiden Metallplatten übergehen zu lassen. Die Luft verhält sich dabei ähnlich wie eine stromleitende Flüssigkeit. Der Grad der erlangten Leitfähigkeit ist als Maß für die wirksame Strahlenintensität anzusehen. Statt Luft kann sich irgendein anderes Gas zwischen den beiden Platten befinden. Auch lassen sich flüssige, eventuell feste Nichtleiter verwenden; denn diese erlangen unter der Bestrahlung ebenfalls eine merkliche Leitfähigkeit. Da jedoch bei festen und namentlich bei flüssigen Substanzen stets eine geringe eigene Leitfähigkeit vorhanden ist, sind diese nicht so geeignet als etwa Luft, welch letztere in natürlichem Zustande fast gar nicht leitet. Auch ist die Wirkung der Strahlen in Gasen weitaus am größten.

Die eigentümliche Veränderung, welche die Radium- und Röntgenstrahlen in gewissen Substanzen hervorbringen, und die sich durch eine Leitfähigkeitserhöhung kundgibt, nennt man auf Grund der darüber herrschenden Vorstellungen: Ionisierung. In Gasen denkt man sich den Vorgang derart, daß die Strahlen fortwährend einen Teil der Gasmoleküle aufspalten, wobei positiv und negativ elektrische Teilchen entstehen. Da nach unseren heutigen Vorstellungen die Moleküle bezw. Atome eine gewisse Anzahl Elektronen enthalten, welche um sie kreisen, wie etwa der Mond um die Erde, so denkt man sich die ionisierende Wirkung im speziellen darin, daß solche Elektronen, d. h. Elektrizitätsatome aus den Molekülen abgetrennt werden. Letztere bleiben dabei positiv geladen zurück, da die Elektronen negative Elektrizität mit sich nehmen.

Die freigewordenen negativen Elektronen heften sich ihrerseits bei der nächsten Gelegenheit an neutrale Gasmoleküle an, auf diese Weise negative Körperchen bildend. Man nennt alle diese elektrisch geladenen

Teilchen Ionen und schreibt eben diesen letzteren die Elektrizitätsleitung in Gasen zu. Man denkt sich den Stromübergang einfach so, dafs die positiven Ionen an die negativ geladene Metallplatte wandern, die negativen an die positiv geladene. Dort geben sie jeweils ihre elektrische Ladung ab und werden dann wieder zu neutralen Molekülen. Im allgemeinen werden nicht alle Ionen an die Platte gehen, eine Anzahl positiver und negativer Ionen wird sich vielmehr gegenseitig neutralisieren und damit schon vorher zu gewöhnlichen Molekülen werden. Wenn man jedoch an die beiden Metallplatten eine genügend grofse elektrische Spannung anlegt, so werden sämtliche Ionen, die in jedem Moment gebildet werden, an die Platten getrieben und werden zur Stromleitung verbraucht. In diesem Fall hat man den maximalen Strom, der zwischen den beiden Metallen übergehen kann. Dieser Maximal- oder Sättigungsstrom ist dadurch charakterisiert, dafs alle Ionen, die durch die Strahlung gebildet werden,



an die Platten gelangen und dort ihre Ladung abgeben. Je stärker nun die Strahlung ist, um so mehr Ionen werden pro Sekunde erzeugt, um so stärker ist der Maximalstrom. Letzterer gibt daher ein direktes Mafs für die Strahlenintensität.

Um eine Vorstellung von der Art und Weise dieser Messungen zu geben, sei hier eine einfache Anordnung wiedergegeben. A und B sind die beiden Metallplatten, zwischen denen die Luft ionisiert wird. Hat man etwa die Strahlung einer radioaktiven Substanz zu messen, so legt man letztere meist auf die untere Platte A. Die Platte B ist metallisch mit einem Blatt-Elektroskop E verbunden, dessen Blättchen F über einer Teilung T spielt. Lädt man die Platte B und das Elektroskop E etwa durch eine geriebene Siegellackstange, so hebt sich das Blättchen F, beginnt aber sofort langsam zurückzugehen, da sich die Elektrizität zwischen A und B ausgleicht. Die elektrische Ladung, welche dadurch der Platte A

zugeführt wird, wird durch den Draht D, der etwa mit der Wasserleitung verbunden ist, fortwährend zur Erde abgeleitet. Der Strom, der zwischen B und A übergeht, läſst sich nun leicht durch die Schnelligkeit, mit der das Blättchen F zurückgeht, und die sich mit der Uhr sehr genau bestimmen läſst, messen. Sehr häufig ist es nicht einmal nötig, den Strom in absoluten Einheiten, etwa in Ampère, zu kennen, nämlich immer dann, wenn es sich um den Vergleich zweier radioaktiver Substanzen handelt. In diesem Falle verhalten sich die Strahlenintensitäten einfach umgekehrt, wie die Entladungszeiten, die man am Elektroskop beobachtet. Es sei erwähnt, daſs heute eine ganze Anzahl von Spezialelektroskopen für solche Messungen in Verwendung sind. Auch dienen demselben Zweck Elektrometer, die durch Drehung eines aufgehängten Systems Spannungen und damit auch Ströme zu messen erlauben. Sehr bequem sind für etwas stärkere Ionisierungen empfindliche Galvanometer. Alle diese Instrumente, ihre Handhabung und Verwendung zu den verschiedenen Strommessungsverfahren sollen uns hier nicht weiter beschäftigen. Wir setzen voraus, der Sättigungsstrom zwischen den Platten A und B werde durch irgendein Verfahren bestimmt. Es bleibt uns dann nur noch übrig, einiges über das Verhältnis der Strahlenintensität zur Intensität des gemessenen Stromes zu sagen.

Betrachten wir zunächst nochmals den Fall, wo die Strahlenquelle sich auf der Platte A befindet. Hier wird ein groſser Teil der Strahlen in der Luft des Plattenkondensators, ein anderer von der oberen Platte B absorbiert. Je gröſser nun der Abstand der Platten ist, um so mehr gelangt von den Strahlen zur Wirksamkeit, um so stärker wird der Sättigungsstrom bei gleicher Strahlenintensität. Will man also die Strahlen radioaktiver Körper miteinander vergleichen, so muſs es bei stets gleichem Plattenabstand geschehen. Letzteres wäre nur dann entbehrlich, wenn sämtliche Strahlen in der Zwischenschicht absorbiert werden. Dies ist aber für β- und γ-Strahlen kaum zu erreichen, wohl aber bei den α-Strahlen. Letztere werden schon in wenigen Zentimetern Luft vollständig absorbiert, gleich, wie etwa auch sehr kurzwelliges Licht die Luft nur in dünner Schicht zu durchdringen vermag. Je gröſser die Anfangsgeschwindigkeit ist, mit der die α-Teilchen aus der radioaktiven Substanz ausgestoſsen werden, um so gröſsere Luftschichten können sie durchdringen. Die gröſste Entfernung, welche man indes für diese Reichweite gefunden hat, ist 8,6 cm. Bei jedem Plattenabstand von über 8,6 cm bekommt man also für den Sättigungsstrom stets denselben Wert. Man wird jedoch darum keinen allzu groſsen Plattenabstand wählen, da sonst die zur Erreichung des Maximalstromes nötige Spannung sehr groſs ist. Insbesondere gilt dies für die Ionisierung durch α-Strahlen, bei deren Messung man mit besonders hohen Spannungen arbeiten muſs.

Zu bemerken ist, dafs eine radioaktive Substanz im allgemeinen alle drei Strahlenarten aussendet, dafs man aber bei der angegebenen Anordnung doch hauptsächlich nur die α-Strahlen mifst. Die β- und γ-Strahlen üben nämlich eine viel geringere ionisierende Wirkung aus als die α-Strahlen und gelangen daher kaum zur Messung. Will man die β- und γ-Strahlen messen, so mufs man die radioaktive Substanz mit einem dünnen Metallblech überdecken, das die α-Strahlen zurückhält. Sobald dies geschieht, so spielt nun in der Tat der Plattenabstand wieder eine Rolle, denn jetzt wird, je nachdem, ein gröfserer oder kleinerer Bruchteil der Strahlen in B absorbiert. Nicht nur das, auch das Material der Platten A und B kommt in Betracht. Es wird nämlich von den β-Strahlen ein Teil an den Kondensatorplatten reflektiert, und zwar hängt nun die Stärke der Reflexion vom Metall ab, im übrigen auch von der Qualität der β-Strahlen. Letztere differieren insofern voneinander, als die Elektronen, aus denen sie bestehen, meist verschiedene Geschwindigkeit haben. Die Wirkung der reflektierten Strahlen, welche im übrigen dieselbe Qualität wie vor der Reflexion besitzen, addiert sich nun einfach zu der direkten Wirkung.

Ebenso geht es mit den γ-Strahlen. Hier werden von A und B nicht nur sekundäre γ-Strahlen, sondern auch sekundäre β-Strahlen zurückgeworfen. Die γ-Strahlen erzeugen nämlich überall dort, wo sie auftreffen, einesteils neue γ-Strahlen, anderenteils auch neue β-Strahlen.

Der Einflufs aller dieser Faktoren mufs natürlich einen exakten Strahlenvergleich erschweren. Man kann sich nur insofern einigermafsen frei von ihnen machen, wenn man dafür sorgt, dafs sie immer in derselben Weise mitspielen. Sicherer noch, man trifft die Anordnung so, dafs man überhaupt von sekundären Einflüssen frei ist. Zu diesem Zweck kann man das zu messende Strahlenbündel einfach zwischen den Platten hindurchgehen lassen. Hier kommt nur die Ionisierung zur Messung, die in der von Strahlen durchsetzten Luft erzeugt wird. Man sieht auch leicht ein, dafs in diesem Fall der Abstand der Platten keinen Einflufs auf die Messung hat, solange eben keine Strahlen auf diese selbst auffallen. Mafsgebend ist nur der Querschnitt des Strahlenbündels und dann auch noch die Länge der ionisierten Schicht. Es läfst sich, wie hier kurz bemerkt sei, so einrichten, dafs der Luftzylinder, dessen Ionisierung zur Messung gelangt, einen bestimmten, wohldefinierten Wert hat.

Will man die Methode der seitlichen Bestrahlung verwenden, so ist zu beachten, dafs nur ein kleiner Teil der radioaktiven Strahlung zur Messung gelangen kann. Dies macht sich dann, wenn die Gesamtstrahlung überhaupt schwach ist, unangenehm bemerkbar. Das Verfahren ist daher am günstigsten für kräftige Strahlungen (Radium-Röntgenstrahlen). Bei schwachen Intensitäten wird man andererseits die ganze Wirkung auszunutzen suchen und in dieser Hinsicht auch dem Kondensator passende

Dimensionen geben. Je nach der Art der Untersuchung kann man ihm auch verschiedene Gestalt geben. So verwendet man neben den Plattenkondensatoren auch Zylinder- und Kugelkondensatoren.

Dabei ist nicht zu vergessen, dafs sowohl hier wie bei allen exakten Ionisierungsmessungen Druck und Temperatur der Luft anzugeben sind. Die Jonisierung hängt von der Gasdichte ab. Je mehr Gasmoleküle da sind, um so stärker ist die Ionisierung. Da man innerhalb nicht zu weiter Grenzen Proportionalität mit der Anzahl Moleküle, also mit dem Druck und der absoluten Temperatur, annehmen kann, so läfst sich die gemessene Ionisierung leicht auf Normaldruck und Temperatur umrechnen. Hält man andererseits die Luftmenge im Kondensator durch Einschliefsen in ein Gefäfs konstant, so wird die Ionisierung unabhängig von Druck und Temperatur.

Bei schwachen Strahlenintensitäten ist überdies zu beachten, dafs die Luft an und für sich eine geringe Leitfähigkeit besitzt. Einesteils enthält die Luft stets radioaktive Stoffe in minimaler Menge, noch stärker aber ist die Wirkung der radioaktiven Stoffe in der Erde. So kommt es, dafs die Luft dauernd von einer merklichen radioaktiven Strahlung durchsetzt ist und daher etwas leitet. Fügen wir noch bei, dafs fast alle Materialien, so auch dasjenige der Kondensatoren, der Elektrometer usw., mit Spuren von radioaktiven Substanzen verunreinigt sind, so wird man verstehen, dafs man bei der Deutung geringer Jonisierungseffekte sehr vorsichtig sein mufs. Davon abgesehen, dafs man eine Ionisierung der Luft durch andere Umstände, etwa durch chemische Veränderungen, bei der Messung vorsichtig ausschliefsen mufs.

All diese Einflüsse kommen indes nur darum in Betracht, weil die elektrische Mefsmethode so aufserordentlich empfindlich ist. Gegen diese stellt selbst die Spektralanalyse nur ein ganz rohes Verfahren dar. Ist doch der Nachweis durch die Ionisierung schätzungsweise in die hunderttausende Mal empfindlicher als die Spektralreaktion.

Nachdem wir nun die gebräuchlichsten Mefsmethoden kennen gelernt haben, ist es an der Zeit, nun etwas näher auf den Begriff der Strahlenintensität einzugehen. Bis jetzt haben wir stets nur die Vergleichung von Strahlen ins Auge gefafst und haben uns nur auf gleichartige Strahlen beschränkt. Wir haben uns nicht damit beschäftigt, die Intensität der Strahlen absolut zu messen. Nun genügt es ja für sehr viele Fälle, nur relativ zu vergleichen, und man wird dies um so lieber tun, als die absolute Messung meistens mehr Arbeit erfordert.

Absolute Intensitätsmessung.

Will man etwa Intensitäten messen, so kommt dies darauf hinaus, die Energie zu bestimmen, welche einem Strahlenbündel innewohnt. Um

dies auszuführen, kann man die Strahlen etwa auf einen festen Körper auftreffen lassen und die Wärme messen, welche dabei erzeugt wird. Dieses Verfahren ist z. B. bei den Wärmestrahlen das gebräuchlichste. Es ließe sich natürlich auch bei Radium- und Röntgenstrahlen verwenden. Doch sind die Erwärmungen zu gering, um bequem gemessen werden zu können. Nur in einem Falle kann es mit Vorteil angewendet werden, wenn es sich nämlich darum handelt, die Strahlen zu messen, die in einem Präparat selbst absorbiert werden. Es verdient hier bemerkt zu werden, daß dies durchaus kein geringer Bruchteil der Gesamtstrahlung ist. Von den α-Strahlen wird sogar der weitaus größte Teil im Radium selbst absorbiert. Diese Strahlen sind es aber gerade, welche weitaus die größte Energie besitzen und die daher fast ganz allein für die Wärmewirkung des Radiums verantwortlich gemacht werden müssen. So kommt es, daß die Wärmeerzeugung des Radiums nicht nur ein Maß für die absorbierte Strahlung, sondern für die Gesamtstrahlung überhaupt abgibt. Da man die Wärme, die ein Gramm metallisches Radium pro Sekunde erzeugen würde, genau kennt, so liefert die Messung der Wärmeproduktion auch ein brauchbares Mittel, um den Radiumgehalt in Radiumpräparaten genau zu bestimmen.

Die Messung der Erwärmung muß überhaupt als eines der zuverlässigsten Mittel zur Messung von Strahlenintensitäten angesehen werden. Denn man kann es leicht so einrichten, daß die gesamte Energie, welche von den Strahlen fortgeführt wird, in Wärme umgewandelt wird, und es handelt sich dann nur darum, diese Wärme genau zu bestimmen. Es ist jedoch das Verfahren darum nicht allgemein anwendbar, als es meist zu wenig empfindlich ist. Man muß daher zumeist zu einer der früher genannten Methoden seine Zuflucht nehmen und diese dann so anzuwenden suchen, daß man auf die Gesamtenergie der Strahlen schließen kann.

Dabei sind zwei Gesichtspunkte maßgebend. Einmal muß man womöglich für vollkommene Absorption der Strahlen sorgen und untersuchen, welche photographische oder fluoroskopische oder ionisierende Wirkung dieselben ausüben. Das genügt aber keinesfalls. Denn in allen diesen Fällen wird ja nur ein Teil der Energie zur betreffenden Wirkung verbraucht, und es ist der weitaus überwiegende Teil, der in Wärme umgewandelt wird. Man muß nun offenbar noch wissen, welcher Bruchteil der Gesamtenergie z. B. zur Erzeugung von Ionen verbraucht wird. Dies ist eine Schwierigkeit, welche bei der Messung der Wärmewirkung nicht auftritt. Hier ist es immer die totale Energie, die in Wärme umgewandelt wird. Man kann nach dieser letzteren Methode daher ohne weiteres z. B. die Intensität verschiedener Lichtarten, d. h. verschiedenfarbiges Licht miteinander vergleichen. Das ist schon bei der photographischen Methode nicht mehr der Fall. Man weiß, daß rotes Licht auf gewöhnliche Platten

gar nicht einwirkt und dafs die Wirkung um so empfindlicher ist, je kurzwelliger das verwendete Licht ist. Es ist demzufolge nicht möglich, verschiedenfarbiges Licht mit der photographischen Platte exakt zu vergleichen. Man wird zum mindesten das Verfahren nur bei nicht zu grofsen Unterschieden in der Wellenlänge verwenden können.

Das Gleiche gilt nun auch für die Radium- und Röntgenstrahlen. Von diesen unterscheiden sich die verschiedenen Sorten α- und β-Strahlen untereinander zunächst durch die verschiedene Geschwindigkeit. Auch die γ- und Röntgenstrahlen zeigen unter sich grofse Unterschiede, was sich durch ihr verschiedenes Durchdringungsvermögen kundgibt. Derjenige Prozentsatz, der zur photographischen Wirksamkeit gelangt, variiert nun auch hier mit der Strahlenqualität. Zwar scheint es, dafs kein so grofser Unterschied wie für die Lichtstrahlen besteht, indem sozusagen alle Radium- und Röntgenstrahlen photographische Wirkung zeigen.

Eine stets vollkommene Absorption in der photographischen Platte erfahren nur die α-Strahlen allein. Von den anderen Strahlen geht fast immer ein Teil unwirksam hindurch. Wiewohl man sich Spezialplatten mit besonders dicker Gelatineschicht verschaffen kann, da solche zu Röntgenphotographien verwendet werden, so ist der erwähnte Mangel doch stets nur teilweise behoben. In dieser Hinsicht ist die Verwendung anderer chemischer Reaktionen, wie z. B. die Färbung von Glas, geeigneter, da man hier leicht so dicke Schichten verwenden kann, dafs z. B. die β-Strahlen fast vollständig absorbiert werden.

Ähnlich wie mit der photographischen Platte verhält es sich auch bei der fluoroskopischen Methode, wo ja ebenfalls die einigermafsen durchdringenden Strahlen verloren gehen. Auch hängt die Fluoreszenzerregung ebenfalls von der Strahlenqualität ab. Man braucht, um dies zu erkennen, nur α- und β-Strahlen nacheinander auf Zinkblende auffallen zu lassen und dasselbe Experiment ein andermal mit BaPt-Cyanür auszuführen. Die Reihenfolge der Fluoreszenzhelligkeiten kehrt sich dann gerade um.

Von Interesse sind nun die Verhältnisse bei der elektrischen Methode. Hier ist es offenbar schwieriger, die zu messenden Strahlen vollkommen zur Absorption zu bringen. Für die α-Strahlen geht dies noch an. Aber schon für β-Strahlen sind die Schwierigkeiten gröfser. Wenn man dem Mefskondensator nicht zu grofse Dimensionen geben will, so kann dies nur so geschehen, dafs man künstlich die Elektronen zwingt, ihre ganze Flugbahn im Kondensator zu vollenden. Da die β-Strahlen leicht durch magnetische Kräfte abzulenken sind, so kann man etwa versuchen, die Strahlen nach Eintritt in den Kondensator in einem Kreise herumzubiegen, der nun zwischen beiden Elektrodenplatten Platz hat. Die Elektronen würden sich dann solange in ihrer Kreisbahn herumbewegen, bis sie vollständig zur Absorption gelangt sind und ihre ganze Energie zur Ionisierung und

Erwärmung des Gases verbraucht haben. Dabei müßte man wiederum wissen, welcher Bruchteil der Gesamtenergie als Ionisierung und welcher Teil als Wärme zum Vorschein kommt. Dieses Verhältnis hängt offenbar ganz von der Qualität der β-Strahlen ab. Es ist leicht einzusehen, daß für Strahlen, die aus sehr langsamen Elektronen bestehen, keine nennenswerte Ionisierung eintreten kann. Um zu ionisieren, müssen die strahlenden Teilchen stets eine gewisse, nicht unerhebliche Geschwindigkeit besitzen. Andererseits muß aber auch bei zu großer Geschwindigkeit die ionisierende Wirkung wieder abnehmen. Je schneller nämlich die Teilchen fliegen, um so weniger lang können sie auf die einzelnen Gasteilchen einwirken. Die Verhältnisse werden daher schließlich wieder ungünstig für die Ionisierung, und es ist leicht einzusehen, daß die β-Strahlen für eine bestimmte Geschwindigkeit das stärkste Ionisierungsvermögen zeigen müssen. Da nun das Verhältnis der zur Ionenerzeugung und zur Erwärmung verbrauchten Energie in seiner Abhängigkeit von der Geschwindigkeit nicht genauer bekannt ist, so lassen sich verschiedene Strahlenintensitäten nicht exakt vergleichen, und ist man daher gezwungen, sich mit der Annahme zu begnügen. die Intensität sei direkt durch die Ionisierung gegeben.

Ähnliches gilt nun auch für die Röntgen- und γ-Strahlen. Hier ist es schon gar nicht möglich, vollständige Absorption im Kondensator zu erzielen. Eine Beeinflussung der Strahlenbahn durch ein Magnetfeld, wie im Falle der β-Strahlen, findet hier nicht statt. Auch ist die Abhängigkeit der Ionisierung von der Qualität der Strahlen nicht genauer bekannt. Man ist daher ganz auf die Messung der Ionisierung angewiesen. Solche Zahlen können jedoch nur dann einen vergleichbaren Wert haben, wenn man angibt, um welche Sorten von Strahlen es sich dabei handelt. Die Röntgenstrahlen sowohl als die γ-Strahlen kann man allein durch ihre Härte, d. h. ihr Durchdringungsvermögen, voneinander unterscheiden. Wie man das letztere zu definieren und zu messen hat, gehört in das Kapitel der Qualitätsbestimmung und kann daher erst dort erörtert werden.

Erwähnen wir noch, daß häufig auch die β- und α-Strahlen mittels ihres Durchdringungsvermögens charakterisiert werden, da diese Daten unmittelbarer sind als etwa die Angabe der Geschwindigkeit. Bei den Lichtstrahlen würde es andererseits wohl niemandem einfallen, die verschiedenen Arten durch die Absorption zu unterscheiden, die sie in ein- und derselben Substanz erleiden. Hier spricht man von der Farbe, genauer von der Wellenlänge.

Wie aus dem Gesagten zu entnehmen ist, bieten sich der absoluten Intensitätsmessung nicht unerhebliche Schwierigkeiten, und man erkennt auch unschwer die noch der Verbesserung bedürftigen Punkte der verschiedenen Verfahren. Man ist jedoch glücklicherweise nicht immer darauf angewiesen, die Intensität als Ganzes zu bestimmen. Sie läßt sich

gar häufig aus einzelnen Bestimmungsstücken berechnen. Dazu ist es freilich nötig zu wissen, worin die Energie der verschiedenen Strahlen besteht, was wiederum nur dann möglich ist, wenn die Struktur der Strahlen bekannt ist.

Die Lichtstrahlen faſst man z. B. als periodische Schwingungen auf. Hat man es mit einfachen Schwingungen zu tun, d. h. mit vollkommen monochromatischem Licht, so ist für die Lichtintensität die Stärke der Schwingungen maſsgebend. Im besonderen ist die Energie bei allen solchen pendelartigen Schwingungen dem Quadrat der Amplitude proportional. Bei zusammengesetztem Licht hängt die Energie in selbstverständlicher Weise von den Amplituden sämtlicher Einzelschwingungen ab. Da man aber im allgemeinen diese Amplituden nicht direkt messen kann, so ist man bei den Lichtstrahlen auf die direkte Intensitätsbestimmung angewiesen.

Anders bei unseren Strahlen. Die α-Strahlen z. B. bestehen aus einer groſsen Anzahl kleiner Projektile, im speziellen aus Heliumatomen. Hier ist die ganze Strahlenenergie einfach identisch mit der lebendigen Kraft, welche diesen winzigen Teilchen innewohnt. Aus welchen einzelnen Gröſsen sich diese kinetische Energie zusammensetzt, können wir daher leicht angeben. Es ist nämlich die Energie der Bewegung für irgendeinen Körper, der die Masse m besitzt und sich mit der Geschwindigkeit v durch den Raum bewegt, durch den Ausdruck gegeben $\frac{1}{2} mv^2$. Befördert ein α-Strahlenbündel N einzelner Projektile, so ist die Energie des Strahlenbündels einfach $N \cdot \frac{1}{2} mv^2$. m ist für alle α-Strahlen dieselbe Gröſse, nämlich gleich der Masse eines Heliumatoms. Man hat also nur die Anzahl der Teilchen N und ihre Geschwindigkeit v zu bestimmen, um die Intensität zu berechnen. Die Gröſse v charakterisiert die verschiedenen Sorten Strahlen, entspricht also bei Lichtstrahlen den verschiedenen Farben. Könnten wir etwa die α-Strahlen direkt sehen, so würden wir die verschiedenen Geschwindigkeiten als verschiedene Farben empfinden. Die Zahl N gäbe andererseits ein direktes Maſs für die Helligkeit, mit der wir die einzelnen Strahlen sehen. Da es nicht nur für die Berechnung der Strahlenenergie, sondern auch für sehr viele Untersuchungen wichtig ist, diese Helligkeit, d. h. die Zahl N zu kennen, so hat man sich sehr eingehend mit dieser Art von Messungen befaſst.

Fast genau dasselbe, was wir über die α-Strahlen gesagt haben, gilt nun auch für die β-Strahlen. Diese bestehen ja ebenfalls aus kleinen Teilchen oder Korpuskeln. Ein Bedenken gegen die gleiche Betrachtungsweise könnte zunächst nur insofern aufkommen, als wir es hier nicht mit wägbaren Teilchen, sondern mit Elektrizitätsteilchen zu tun haben. Da diese aber ebenso, wie alle Körper, eine Art Trägheit besitzen, so können wir ihnen ebenfalls eine gewisse Masse zuschreiben und die lebendige Kraft eines Elektrons definieren als $\frac{1}{2} mv^2$. Hier bedeutet nun m die Masse,

welche dem Elektron scheinbar zukommt. Es hat sich dabei gezeigt, dafs man in Wirklichkeit unter m keine Konstante verstehen darf, sondern dafs diese Gröfse je nach der Geschwindigkeit des Elektrons eine andere ist. Diese Masse m nimmt im speziellen mit der Geschwindigkeit beständig zu. Bemerkenswert ist es immerhin, dafs sie bis zu sehr hohen Geschwindigkeiten doch beinahe konstant bleibt und erst bei der ungeheuren Schnelligkeit der β-Strahlen, welche die des Lichtes beinahe erreicht, eine merkliche Zunahme erfährt. Im einzelnen kann m für jede Geschwindigkeit genau angegeben werden, wie hier nicht näher angeführt sei.

Wenn wir daher für m jeweils denjenigen Wert einsetzen, der für die betreffende Strahlengeschwindigkeit gilt, dann können wir offenbar denselben Ausdruck für die Energie ansetzen wie für die α-Strahlen, nämlich $N \cdot {}^1/_2\, mv^2$. Auch hier bezeichnet die Geschwindigkeit v den Charakter der Strahlen, während andererseits wieder die Anzahl N die Helligkeit derselben angibt.

Es ist leicht einzusehen, dafs dieselbe Unterscheidung für jede beliebige Strahlenart gelten mufs, sofern sie nur korpuskulären Charakter trägt. Es ist daher erste Bedingung dieser Betrachtungsweise, dafs man über die Natur der betreffenden Strahlen orientiert sei. Leider kann man das letztere von den Röntgen- und γ-Strahlen nicht behaupten. Auch heute noch ist man darüber geteilter Meinung, insofern als die einen diese Strahlen mit den Lichtstrahlen auf eine Stufe stellen, und die anderen annehmen, man habe es auch hier mit Korpuskeln zu tun. Es ist jedoch bemerkenswert, dafs sich die erstere Anschauung in gewissem Sinne der zweiten nähert. Man nimmt jetzt vielfach an, dafs Licht- und Röntgenstrahlen aus einem Strom sich mit Lichtgeschwindigkeit ausbreitender Energiequanten bestehen. Welche Vorstellungen man sich nun auch über diese einzelnen Quanten machen möge, so kann man den Strahlen jedenfalls korpuskuläre Struktur beimessen. Danach erscheint es somit nicht ganz ungerechtfertigt, wenn man die Energie der Röntgenstrahlen auf ähnliche Weise darstellt wie die der α- und β-Strahlen. Sollte dies möglich sein, so würde man auch hier der Frage der Intensitätsmessung anders beikommen können. Man könnte dann offenbar an die Bestimmung der Quantenanzahl N herangehen.

Eine Möglichkeit hierzu wäre ohne weiteres dadurch gegeben, dafs die Röntgen- und γ-Strahlen überall, wo sie auftreffen, β-Strahlen kleiner Geschwindigkeit erzeugen. Da nun jedes Energiequantum eines Röntgenstrahles eine ganz bestimmte Anzahl von β-Teilchen oder Elektronen in Freiheit setzt, so käme die Zählung der Quantenmenge darauf hinaus, die Anzahl der losgelösten Elektronen zu bestimmen. Dabei müfste immerhin bekannt sein, wieviel Elektronen das einzelne Energiequantum eines Röntgenstrahles bestimmten Charakters in Freiheit setzt. Im übrigen

wäre die Aufgabe dann einfach auf die frühere zurückgeführt, welche die Zählung der β-Teilchen betrifft.

Wir wenden uns nun jenem ebenso wichtigen wie interessanten Kapitel zu, welches sich mit der Messung der α- und β-Teilchen befaſst. Wir können hier zwei prinzipiell verschiedene Methoden unterscheiden. Die einen beruhen darauf, direkt auf irgendeine Weise zu zählen, die anderen lassen die Anzahl aus bekannten Beziehungen mit anderen Erscheinungen herleiten. Es ist klar, daſs die erstere Methode zum vornherein sowohl die zuverlässigste als auch die einfachste zu sein scheint. Wir werden jedoch sehen, daſs auch die anderen Verfahren denselben Anspruch auf Brauchbarkeit machen können.

Wir haben schon früher gesehen, daſs man die α-Teilchen durch die Lichtblitze zählen kann, die sie auf einem Zinkblendenschirm erzeugen. Es braucht wohl kaum betont zu werden, daſs die Methode nur dann angewendet werden kann, wenn nicht allzuviele Teilchen pro Sekunde auffallen. Obschon dies offenbar eine empfindliche Einschränkung bedeutet, so läſst sich diese doch teilweise wieder aufheben. Man braucht nur die α-Strahlen, die von einem radioaktiven Präparat ausgehen, erst in gröſserer Entfernung, wo die Strahlendichte geringer ist, auf den Fluoreszenzschirm auffallen zu lassen.

Eine neue, sehr wertvolle Methode, α-Teilchen zu zählen, ist von Prof. Rutherford in Manchester angegeben und benutzt worden. Die einzelnen Teilchen lassen sich nämlich auch durch die Ionisierung erkennen, die sie in der Luft hervorrufen. Wenn ein einzelnes α-Teilchen in einen Plattenkondensator eintritt, so entsteht eine momentane Leitfähigkeit der Luft, die bereits groſs genug wäre, um mit unseren empfindlichen Apparaten beobachtet zu werden. Das Bemerkenswerte an der Methode von Rutherford besteht nun darin, daſs hier dieser momentane Ionisierungsstrom auf das Vielfache (vielleicht das Tausendfache) verstärkt wird. Durch welch interessanten Kunstgriff dies gelang, soll hier nicht weiter ausgeführt werden. Um jedoch einigermaſsen eine Vorstellung davon zu geben, sei der Vergleich mit einem Relais gewählt, wie es etwa im Telegraphenbetrieb gebraucht wird. Hier hat man es zunächst ebenfalls mit einem schwachen elektrischen Strom zu tun. Es gelingt jedoch durch Vermittlung eines Relais, beliebig starke Ströme auszulösen, Ströme, die nun mit gewöhnlichen technischen Meſsapparaten zu erkennen sind. Ganz ähnlich bei der Rutherfordschen Methode. Hier wird ebenfalls der kleine Ionisierungsstrom, den ein einzelnes α-Teilchen hervorrufen würde, durch eine besondere Anordnung vergröſsert. So gelingt es denn, die Anwesenheit eines solchen Teilchens bequem durch einen groſsen Ausschlag am Elektrometer zu erkennen. Indem man die Anzahl dieser Ausschläge pro Sekunde miſst, kann man dann ohne weiteres die Menge der α-Teilchen angeben.

Natürlich darf auch hier die Zahl nicht zu grofs sein. Es lassen sich unter sonst gleichen Umständen um so mehr Teilchen messen, je geringer die Einstellungsträgheit des Elektrometers ist. Es erweisen sich daher Spezialtypen für diesen Zweck besonders geeignet.

Beschäftigt man sich mit solchen Messungen, dann beobachtet man noch eine eigentümliche Erscheinung. Die Zahl der Ausschläge ist nämlich nicht in allen Sekunden gleich grofs, sie ist vielmehr ziemlichen Schwankungen unterworfen. Diese Eigentümlichkeit rührt daher, dafs die Anzahl der in jedem Moment von der radioaktiven Substanz ausgeschleuderten α-Teilchen nicht konstant ist, sondern kleine unregelmäfsige Schwankungen aufweist. Die tiefere Ursache dieses Verhaltens ist in der Unregelmäfsigkeit des Atomzerfalles zu suchen. Der Zusammenhang läfst sich ohne weiteres klar machen. Denn, haben wir etwa nur ein einziges radioaktives Atom, so wird dies in einem gewissen Moment ein α-Teilchen aussenden. Die ganze übrige Zeit aber verhält es sich wie ein gewöhnliches Atom. Wir werden also in einem bestimmten Zeitmoment ein α-Teilchen zählen und in der ganzen übrigen Zeit nichts bekommen. Nicht viel besser ist es bei zwei oder mehreren Atomen. Hier wird die Ausstrahlung von α-Teilchen immer noch in sehr unregelmäfsigen Zeiträumen erfolgen. Wenn wir für gewöhnlich die radioaktive Strahlung als konstant ansehen, so rührt dies nur daher, das bei sehr vielen Atomen die Schwankung im Verhältnis zur gesamten Anzahl der zerfallenden Atome sehr klein ist.

Man kann aber immerhin diese Schwankungen bei geeigneten Anordnungen sichtbar machen. So schwankt z. B. der Ionisierungsstrom infolge der Unregelmäfsigkeit der Strahlung stets etwas. Man kann sogar aus der genauen Registrierung des Ionisierungsstromes die mittleren radioaktiven Schwankungen (in Prozenten) bestimmen. Diese Messungen sind darum äufserst wertvoll geworden, als sie es ebenfalls ermöglicht haben, die Zahl der α-Teilchen zu messen. Die Anwendung der Wahrscheinlichkeitsrechnung auf den Atomzerfall hat nämlich gezeigt, dafs die mittlere Schwankung in sehr einfachem Verhältnis zur gesamten Anzahl der zerfallenden Atome steht.

Ich erwähne übrigens noch, dafs die Zahl der α-Teilchen auch aus der elektrischen Ladung gefunden werden kann, welche die Teilchen transportieren. Man mifst die Elektrizitätsmenge, welche die Strahlen beim Aufprallen auf eine Metallplatte abgeben, und kennt damit die elektrische Ladung, welche die unbekannten N-Teilchen getragen haben. Ist nun die Ladung eines Teilchens bekannt, dann erhält man ohne weiteres die Zahl N. Vor noch nicht gar zu langer Zeit wäre diese indirekte Art der Bestimmung noch sehr ungenau gewesen, da man die Ladung der α-Teilchen nicht kannte. Heute weifs man, dafs dieselben genau die doppelte Ladung tragen wie die Elektronen.

Der Vollständigkeit halber sei auch erwähnt, daſs man auch durch Messung der Ionisierung die Menge der Teilchen finden kann. Kennt man z. B. die Anzahl der Ionen, welche ein α Teilchen auf 1 cm seines Weges erzeugt (ca. 50000), so kann man rückwärts aus der Anzahl der Ionen auch auf die Anzahl der α-Teilchen schlieſsen. Die Zahl der Ionen erhält man einfach durch Messung des Ionisierungsstromes unter Berücksichtigung, daſs jedes Ion eine Elementarladung trägt. Nun ist allerdings zu beachten, daſs die Menge der erzeugten Ionen von der Geschwindigkeit der α-Teilchen abhängt, und daſs letztere längs der Flugbahn fortwährend abnimmt. Man muſs also die Ionisierung an einer genau bestimmten Stelle der Bahn messen.

Bei den β-Strahlen kommt es andererseits auf die Stelle der Flugbahn nicht an, da diese Teilchen stets die gleiche Geschwindigkeit beibehalten, was für Substanzen sie auch schon passiert haben mögen. Für die Messung der β Teilchen kommen im übrigen nur die Methode mittels Ionisierung und diejenige mittels Ladung in Betracht. Eine direkte Zählung der Teilchen am Szintillationsschirm ist bis jetzt noch nicht gelungen, da die Leuchtintensität zu gering ist.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Praxis.

Zinkeuceringelanth bei Intertrigo.

Von

P. G. Unna.

Das intertriginöse Genitalekzem der Säuglinge ist eine relativ harmlose Sache, wo es isoliert als einzige Lokalisation des Ekzems bei wohlgepflegten Säuglingen vorkommt. Häufiges Trockenlegen und Wechseln der Windeln, Anwendung der bekannten Ekzempasten und -puder genügt meistens zur Heilung. Weniger gutartig und schwerer heilbar sind jene Fälle, wo die Intertrigo genitalis als Teilerscheinung eines universellen Ekzems auftritt. Kommt aber hierzu noch der zufällige Umstand, daſs die Pflege mehrerer solcher Kinder einer Wärterin anvertraut oder die Mutter eines solchen Kindes häufig auf Arbeit abwesend ist, daſs mithin öfters feuchte Windeln die erkrankte Haut bedecken, so nimmt die Intertrigo sehr unangenehme Formen an und gehört dann zu den hartnäckigsten Ekzemen.

Man hat schon oft versucht, die ekzematösen Flächen der Beine, Hinterbacken und Genitalien mit wasserunlöslichen und zugleich ekzemheilenden Firnissen zu bedecken, um die schädliche Wirkung der Feuchtigkeit von der Haut abzuhalten. Aber diese Vehikel wie Traumaticin und Collodium sind schmerzhaft und an und für sich reizend und selbst das beste derselben, das von E. Schiff angegebene Ichthyolfilmogen hat sich nicht allgemein beliebt zu machen gewufst. Die wasserlöslichen Firnisse andererseits wie Zinkleim, Gelanthcrême, Kleister-, Gummi- und Dextrinpasten sowie die mehlhaltigen Schüttelmixturen werden an den intertriginösen Flächen ebenso fortgeschwemmt wie die Pasten und Salben.

Ein Mittelding zwischen den fixiert bleibenden, wasserunlöslichen und den nicht fixiert bleibenden, wasserlöslichen Firnissen ist nun aber leicht zu erhalten, wenn man dafür sorgt, dafs ein an und für sich wasserlöslicher Firnifs auf der Haut erhärtet und wasserunlöslich wird.

Als eine solche Substanz habe ich vor längerer Zeit[1] den Zinkleim empfohlen, wenn er sofort nach dem Aufpinseln mit Tannin bepudert und auf diese Weise unlöslich gemacht wird. Derselbe eignet sich aber nicht besonders für die Intertrigo der Säuglinge, weil die Zinkleimdecke zu dick und schwer wird und dazu neigt, sich mechanisch abzulösen.

Ganz vorzüglich dagegen hat sich sowohl in meiner Privatpraxis wie in der Kinderabteilung des Eppendorfer Krankenhauses folgende Vorschrift bewährt:

Zinci oxydati 50
Eucerini 25
Gelanthi[2] 25
M.

Diese Mischung gibt eine weiche, schneeweifse Masse, welche sich leicht auf der Haut verreibt, sich angenehm kühl anfühlt und rasch eintrocknet. Die Hydrophilie des in ihr enthaltenen Eucerins kommt dabei sehr zu statten. Denn das Eucerin mischt sich leicht mit dem wasserhaltigen Firnifs (Gelanth) und gibt ihm die nötige Fettbeimischung. Ohne Eucerin würde die entstehende wasserunlösliche Decke zu steif und hart werden; andere fettige Körper aber als Eucerin würden sich mit dem wasserhaltigen Gelanth nicht in so hohem Prozentverhältnis mischen lassen.

Die Wasserunlöslichkeit wird nun dadurch herbeigeführt, dafs der genannte geléeartige Firnifs unmittelbar nach dem Aufstreichen mit folgendem Puder trocken gelegt wird:

Acidi tannici.
Magnesiae carbonicae āā 25
M.

---

[1] Unna, „Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten." Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1899, S. 785.

[2] Gelanth besteht bekanntlich aus Traganth und überhitzter Gelatine.

Sofort nach dem Pudern bildet der Firniſs eine fest anhaftende, trockene Decke. In derselben gehen aber weitere Veränderungen vor sich. Die Gerbsäure verbindet sich einerseits mit dem Zinkoxyd zu gerbsaurem Zinkoxyd, andrerseits mit dem Gelanth zu einem äuſserst elastischen, zähen, rötlichen, wasserunlöslichen Kitt. Bei längerem Liegenlassen wird sodann die anfangs weiſse tanninhaltige Decke grauschwärzlich. Es findet noch ein dritter chemischer Vorgang in derselben statt, indem ein Teil des Tannins sich in Gegenwart der Luft und der stark basischen Körper (Zinkoxyd, Magnes. carbon.) oxydiert. Der dabei entstehende, noch unbekannte, dunkle Körper (vielleicht ein Pyrogallolderivat) trägt möglicherweise mit zur Heilwirkung des Verfahrens bei.

Bei dieser Behandlung brauchen die Kinder nicht öfter als andere trocken gelegt zu werden. Beim Wechseln der Windeln liegt der Firniſs noch ein oder zwei Male ganz intakt. Wenn er sich dann löst, muſs er erneut werden. Unter der Decke des gegerbten Zinkeuceringelanths heilen die Ekzeme mit erfreulicher Schnelligkeit ab. Der Firniſs wirkt in einer doppelten Eigenschaft als ekzemheilendes und den Urin von der Haut abhaltendes Mittel. Derselbe kann aus ähnlichen Gründen den Chirurgen zur Verhütung und Heilung des Decubitus empfohlen werden.

Fachzeitschriften.

Actas dermo-sifiligráficas.

Oktober-November 1909.

Sitzungsbericht der spanischen Gesellschaft vom 14. Oktober 1909.

Behandlung einiger Hautkrankheiten mit Kohlensäureschnee. Modifikationen derselben, von M. Serrano und J. Noubll. Die Autoren halten die flüssige Kohlensäure für die beste Behandlungsart des Lupus erythematosus und der planen Epitheliome. Unleugbare Resultate erzielt man auch damit bei gewöhnlichen Warzen und cicatriziellem Keloidgewebe, desgleichen manchmal bei Lupus tuberculosus. Bei Angiomen und Naevi hatten sie keine Gelegenheit, das Mittel zu erproben. Für die Entnahme des Kohlensäureschnees aus dem Behälter werden einige neue Anweisungen gegeben.

Plane ekzematiforme Epitheliome, von Juan de Azúa. Die bei einem 70jährigen Manne am Unterkiefer und bei einer 61jährigen Frau in der Temporalgegend aufgetretenen Läsionen unterschieden sich von einem umschriebenen Ekzem nur durch eine gewisse schankerartige Pigmentinfiltration, einen äuſserst langsamen Verlauf und das Fehlen anderer ekzematöser Erscheinungen. Von einer auſsergewöhnlich lokalisierten Pagetschen Krankheit unterschieden sich die Fälle durch das Fehlen der charakteristischen epithelialen Degenerationen. Von den planen Epitheliomen differierten sie durch das Fehlen der Randulcerationen und vom Ulcus rodens durch das Fehlen des steil abfallenden, infiltrierten harten Randes. Sie hatten sich aus senilen Keratomen entwickelt.

Diffuse, retikuläre, hypertrophische und schmerzhafte Narbenbildung im Anschlufs an Variola, von J. S. Covisa. Wie der Titel zeigt, handelte es sich um eine diffuse Narbenbildung, welche im Anschlufs an eine hämorrhagische, konfluierende Variola, die zu ausgedehnten Ulcerationen geführt hatte, im ganzen Gesicht einer früher nie geimpften 35jährigen Patientin entstanden war. Die Behandlung bestand in intracutanen Fibrolysininjektionen, welche in lokaler Applikation ein ganz vorzügliches Resultat gaben. Von subcutanen, weit vom Erkrankungsherd vorgenommenen Injektionen sah der Autor nie einen Erfolg.

Erblindung durch Atoxyl (doppelseitige Atrophie der Papille), von Juan de Azúa. Ein Arzt, der an der Wahnvorstellung litt, von Parasiten geplagt zu sein, machte zuerst eine Hg-Kur durch und spritzte sich dann innerhalb von 33 Tagen 21 g Atoxyl ein. Der Erfolg war eine totale Atrophie beider Papillen. Azúa warnt vor dem planlosen Gebrauch des Mittels, dessen therapeutische Inferiorität dem Quecksilber gegenüber er oft hervorhob.

Professioneller, syphilitischer Schanker des Daumens, von Sainz de Aja. Daumenschanker bei einer Hebamme. Nichts Besonderes.

Ein Fall von Syphilis und Tuberkulose, von J. de Azúa und J. S. Covisa Ein Kranker mit einer ein Jahr alten Lues bekommt nach einer intensiven Merkurialkur eine sehr starke Stomatitis und meningitische Symptome. Da letztere als luetisch diagnostiziert wurden, wurde trotzdem die Merkurialisierung fortgesetzt. Der Kranke starb an Meningitis. Bei der Autopsie fand sich Nierentuberkulose, Tuberkulose der Epididymis, der Nebennieren, auch Miliartuberkulose der Lungen und alte verkalkte Tuberkel im Gehirn.

Azúa bedauert, dafs bei dem Fall die Untersuchung des Urins auf Tuberkelbazillen unterlassen wurde.

Ein Fall von Lichen planus circinatus, von J. S. Covisa. Eine Frau bekommt in sieben Jahren drei Rezidive eines immer in derselben circinären Form und immer am selben Vorderarm auftretenden, auf Arsen prompt reagierenden Lichens. C. glaubt an diesem Fall zeigen zu können, dafs die circinäre Form durch Zusammenfliefsen von Einzelelementen, nicht durch periphere Ausbreitung eines Herdes unter zentraler Abheilung entsteht.

Behandlung der Urethralblennorrhoe mit Argyrol, von E. Alvarez Sainz de Aja. In subakuten Fällen werden bei Ergriffensein der Pars anterior allein dreimal täglich Injektionen mit einer 1—2%igen Lösung vorgenommen. War die Pars posterior mitergriffen, so erfolgten aufserdem noch zweimal wöchentlich Instillationen einer 2%igen Lösung. Die Resultate waren befriedigend.

Ein Fall von syphilitischer Basilarmeningitis, von J. S. Covisa. Nichts Besonderes.

Serodiagnostik der Lepra, von Juan de Azúa und J. S. Covisa. Von vier Leprafällen zeigten drei eine stark positive, einer eine schwache Wassermannsche Reaktion. Verwandt wurde die Noguchische Modifikation.

Epidermolysis congenita familiaris et hereditaria, von Juan de Azúa. Vorstellung von drei Brüdern, die alle drei an dieser Affektion litten. Eine Schwester und zwei Brüder sind frei, ebenso der Vater. Hingegen ist die Mutter befallen. Weder aus der Familie des Vaters noch der Mutter ist weiteres über ein Vorkommen der Erkrankung bekannt.

Tuberkulöse Ulcerationen der Zunge und der Commissura buccalis (Tuberculosis testicularis, renalis, suprarenalis, pulmonaris, laryngea), von Juan de Azúa. Vorstellung des Falles wegen der relativen Seltenheit der Lokalisation von tuberkulösen Ulcerationen an der Kommissur.

Hepatitis und Perihepatitis syphilitica; Pleuritis exsudativa wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs, von J. S. Covisa. Vorstellung eines 31jährigen Kranken mit den im Titel enthaltenen Symptomen. Dieselben traten vier Jahre nach erfolgter Infektion auf, nachdem bereits im Jahre vorher luetische Labyrinthstörungen vorausgegangen waren. Das wenn auch langsame Verschwinden der Erscheinungen auf eine spezifische Therapie bestätigte die Diagnose.

Intraurethrale Sklerose im Verlauf einer akuten Blennorrhoe, von E. Alvarez Sainz de Aja. Die Wassermannsche Reaktion war anfangs negativ, wurde erst nach Auftreten der Sekundärperiode positiv.

Sporotrichosis gummosa in Form eines grofsen Abscesses. Sporotrichosis glandularis mit tuberkulösem Aussehen, von E. de Oyarzábal. Bei einer sicher hereditär-luetischen Person traten ein Abscefs im rechten Hypochondrium und vereiternde Submaxillardrüsen auf. Beide Erkrankungen besserten sich auf Quecksilberbehandlung — ohne Jod — ganz enorm. Oyarzábal, der systematisch alle seine Fälle, die irgendwie verdächtig waren, auf Sporotrichose untersuchte, konnte aus beiden Herden typische Kulturen des Sporotrichum Beurmanni züchten.

Familiäre Syphilis, von E. Alvarez Sainz de Aja. Ein 30jähriger Syphilitiker heiratete und steckte seine Frau an. Letztere gebar zuerst ein totes Kind, dann ein lebendes, das bald Plaques an den Lippen bekam, das wiederum seine Amme ansteckte. Die Amme übertrug die Krankheit auf ihr eigenes Kind.

Ekzema seborrhoicum in symmetrischen Plaques mit Keratodermia palmaris et plantaris, von E. de Oyarzábal. Es handelte sich um ein schwer heilendes seborrhoisches Ekzem auf ichthyotischer Grundlage. Was die Palmar- und Plantarkeratodermie anbetrifft, so fafst sie Azúa in der Diskussion als durch hyperkeratosierende Seborrhoe der Planta und Palma entstanden auf.

Bleilamellen in der Behandlung der Ulcera varicosa und anderer atonischer Ulcerationen der unteren Extremitäten, von Antonio Ledo - Valladolid. Der Verfasser erprobte mit gutem Erfolge an 80 Kranken das alte Verfahren von Burgraeve: Auf das vorher gereinigte Geschwür wird eine 0,4 mm dicke Bleilamelle appliziert, welche dasselbe ganz bedeckt. Darüber kommt ein Druckverband, der an den Zehen beginnt. Alle Tage wird der Verband erneuert, das Geschwür selber wird von Zeit zu Zeit mit 5—10%iger Höllensteinlösung betupft. Er rühmt dem Verfahren nach, dafs die kallösen Ränder prompt sich lösen und in kurzer Zeit ohne Berufsstörung eine Vernarbung erfolgt.

Resultate der Radiumtherapie in der Dermatologie, von Regato-Santander. Ein Referat von Vorträgen, welche Mosotti im Hôpital Saint Louis in Paris über die Radiumtherapie hielt.

Trockene hysterische Gangraen en plaques und simulierte Läsionen bei Hysterischen, von Juan de Azúa. In seinem ersten Fall glaubt Azúa jegliche Simulation ausschliefsen zu können. Die Läsion hatte bei einer Hysterika und einer gut beobachteten lokalen Synkope mit anschliefsender circumskripter Cyanose begonnen, die dann in Gangrän und Abstofsung des gangränösen Teils überging. Sie safs am Oberschenkel und hatte sehr viel Ähnlichkeit — die Symmetrie ausgenommen — mit der Raynaudschen Krankheit. Zum Vergleich stellt Azúa drei weitere Fälle vor, bei denen eine Simulation wahrscheinlich, wenn nicht sogar sicher ist.

Sarcomatosis melanotica cutanea primitiva; Generalisation an der Haut und den inneren Organen mit Invasion der Orbita, von Juan de Azúa. Im Anschlufs an einen melanotischen Naevus der Brusthaut entwickelte sich infolge traumatischer Einwirkung ein melanotisches Sarkom, das trotz breiter Exzision in ungeheurer Menge rezidivierte und aufser der Haut die Leber und als seltene Lokali-

sation die Orbita befiel. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine alveoläre Struktur des Neoplasmas mit einem Gehalt sehr verschiedenartiger Zellen. So fanden sich teils fusiforme Bindegewebszellen, teils retikulär angeordnete, sehr grofse, runde Zellen, oft beide Arten gemischt mit Plasmazellen dazwischen. Das Pigment ist in allen Zellformen als kleine Körner oder speziell in den grofsen, runden Zellen als Klumpen enthalten. *Gunsett-Strafsburg*.

Zeitschrift für gynäkologische Urologie. Herausgegeben von W. Stoeckel-Marburg. Band II, Heft 1.

(Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1910.)

Verkalktes Fibromyom der Urethra, von Alfr. Labhardt-Basel. Ein Tumor, der gröfstenteils aus vielfach durchflochtenen, glatten Muskelfasern bestand, zwischen welchen sich ziemlich reichlich Bindegewebe mit Kalkablagerungen an mehreren Stellen fand. Er entsprang dem vorderen Abschnitt der Harnröhre und machte erst Symptome, als er bei zunehmender Gröfse aus der Urethra prolabierte.

Zur Behandlung der Cystitis, speziell der schweren postoperativen Blasenentzündung, von Ad. Schläfli-Basel. Der Verfasser begrüfst bei der Unzulänglichkeit der bisherigen Mittel, welche zur lokalen Blasenspülung verwandt wurden, das Aniodol, ein französisches Präparat, das aus Formaldehyd mit etwas Sulfocyanallyl besteht und in keiner Weise toxisch oder kaustisch wirkt, als grofsen Gewinn für die Therapie der im Titel erwähnten Cystitiden. Es wird zu Blasenspülungen in 0,25 ‰igen Lösungen angewandt.

Wie bekämpft man weitgehende Schädigungen der Blase nach Radikaloperationen des Cervixcarcinoms, von Kuntzsch-Potsdam. Bei schweren Operationen, wo die Blase auf weite Strecken frei präpariert werden mufs und wo man bei der nachher entstehenden, äufserst hartnäckigen und bedrohlichen Cystitis mit dem einfachen Dauerkatheter und gelegentlichen Spülungen nicht auskommt, empfiehlt der Verfasser eine dauernde Berieselung der Blase mit Kochsalzlösung Stunden bis halbe Tage lang. Um den Reiz des gewöhnlichen Dauerkatheters zu vermeiden, konstruierte er aus Neusilber einen leichten, dünnen, doppelläufigen Katheter, der nur 1 cm in die Blase hineinragte. Bei einem sehr schweren Fall konnten schon nach sechstägiger derartiger Behandlung wieder gewöhnliche Blasenspülungen vorgenommen und eine schnelle Heilung erzielt werden.

Kritische Bemerkungen zur funktionellen Blasendiagnostik nach Richard Knorr, von Sigm. Mirabeau-München. Knorr besichtigte nicht die völlig entfaltete Blase, sondern liefs nach einer Miktion nur soviel Flüssigkeit in die Blase laufen, dafs er eben gerade noch das Cystoskop einführen und bewegen konnte, ohne mit dem Lämpchen die Schleimhaut zu berühren. Er fand bei dieser Untersuchung zweierlei Formen von vorspringenden Muskelwülsten, deren eine er für die kontrahierten Detrusorbündel anspricht, während die anderen Bilder bieten, wie man sie bei der Balkenblase zu sehen gewöhnt ist. Mirabeau modifiziert diese Technik insofern, als er die völlig gefüllte Blase mit dem Brenner-Leiterschen Cystoskop besichtigt, und dann, soviel er für nötig hält, von der Flüssigkeit ablaufen läfst. Er hält die angeblichen Detrusorfasern lediglich für einen passiven Effekt der Blasenentleerung. Er spricht diese Bilder für völlig normale physiologische Zustände an, gibt aber zu, dafs man deren Ablauf bei funktionellen Blasenstörungen, in denen man bei der gewöhnlichen Cystoskopie einen negativen Befund hat, bisher nicht genügend beachtet hat. Die anderen Knorrschen Falten sind von der wichtigen Balkenblase leicht zu unterscheiden, da letztere am besten gesehen wird, wenn die Blase prall gefüllt ist. Sie

stellen nur die der Anordnung der Blasenmuskulatur entsprechende Wulstung der Harnblase dar.

Blasensteinbildung nach Ätzung einer Blasenscheidenfistel mit Höllenstein, von Gutzeit-Neidenburg. Der Stein bestand aus phosphor- und kohlensauren Salzen, die einen gelbrötlichen Uratkern einschlossen. Ein Fremdkörper war unter den Steintrümmern nach der Lithotripsie mit der Kornzange nicht mehr aufzufinden. Doch wurden diese nicht auf Silber untersucht. Die Fistel war bei einer Zangengeburt entstanden und wurde nur mit Catgut genäht, ohne die Blasenschleimhaut zu fassen. Ein halbes Jahr nach der Naht war weder ein Faden noch ein Stein zu sehen. Es blieb nur noch eine kleine Fistel, die sich auf Ätzung mit Höllenstein schloſs. Einen Monat nach Beginn der Ätzung traten die ersten Steinbeschwerden auf.

Zur Kasuistik des Ureterprolapses durch die Harnröhre, von Johannes Hartmann-Jena. Das cystisch aufgetriebene Ende des stenosierten linken Ureters war durch die Harnröhre hindurch vor die Vulva vorgefallen. Die Patientin — ein 21jähriges Dienstmädchen — wurde operiert und der Tumor zuerst durch Scherenschnitt eröffnet, wobei sich klarer Urin entleerte, dann innerhalb der Blase abgetragen. Am Präparat konnte der alte Uretergang als mikroskopischer Kanal nachgewiesen werden. Es handelte sich also um eine erworbene Stenose des Ureters. Der Autor schlieſst eine klinische Besprechung der in der Literatur vorhandenen analogen Fälle an.

Zur Ureteroneocystostomie bei chirurgischen Verletzungen des Harnleiters, von Sante Solieri-Grosseto. Technisch-chirurgische Bemerkungen zur Implantation des bei gynäkologischen Operationen demonstrierten Ureters in die Blase, die im Original nachzulesen sind.

Die ascendierende Blennorrhoe im Harnapparat der Frau, von Richard Knorr. Eine literarische Studie über das Zustandekommen der ascendierenden Blennorrhoe, insbesondere der Ureteritis, Pyelitis und Pyelonephritis bei der Frau.

Gunsett-Straſsburg.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 14, Nr. 1.

1. **Nephrektomie bei Pyonephritis,** von Irving S. Haynes-New York. Kasuistik.
2. **Varioliforme Varicellen,** von Jefferson D. Bloom-New Orleans. Beschreibung und Abbildung eines eigentümlichen Falles von Windpocken.
3. **Chronische interstitielle Nephritis.** von Mathias H. Cremer-Minnesota.
4. **Gegenwärtiger Stand der Chirurgie der Harnwege und Geschlechtskrankheiten,** von Howard Crutcher-Neu Mexiko.
5. **Hygroma des Hodens,** von Charles M. Harpster-Toledo. Bei einem 45jährigen Manne fand sich bei der Punktion einer Hydrocele Blut und Eiter. Die nähere Untersuchung ergab eine sehr schmerzempfindliche Cyste, die sich bei der Operation als ein Hygrom mit reisförmigen Körpern erwies.
6. **Staphylokokkenvaccine als Hilfsmittel in der Behandlung persistierender syphilitischer Ulcerationen,** von Edward J. Angle-Lincoln. Zwei Krankheitsberichte, in denen der Verfasser den guten Einfluſs der Staphylokokkenimpfung zeigt.
7. **Eine (nicht zwei) Urethra,** von Henry G. Spooner-Stanton. Der Verfasser führt aus, daſs die meisten Fälle von Harnröhrenblennorrhoe nicht nur in der vorderen, sondern auch in der hinteren Harnröhre erkranken, daſs sehr oft eine akute vordere Harnröhrenerkrankung mit einer akuten hinteren verbunden ist, so daſs eine Trennung beider Erkrankungen unmöglich ist.
8. **Diabetes,** von Robert Tissot-Chaux-de-Fonds. Klinischer Vortrag.

9. **Die Rassenfrage,** von G. HENRI BOGART-Brookville.

10. **Die Ursache des Kreuzzuges gegen die Impfung,** von THOMAS S. BLAIR-Harrisburg. Appell an die Ärzte, die gröfste Vorsicht beim Imgfgeschäft zu beachten und erzieherisch auf das Publikum einzuwirken.

11. **Rat für eine sichere Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten,** von ERASMUS V. SIVING-Coatsville. Empfehlung von aufklärenden Jugendschriften.

12. **Kastration als Strafe für Notzuchtsverbrechen,** von J. A. DE ARMAND-Davenport.

Schourp-Danzig.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1909. Heft 6.

Das „Thyresol" zur Behandlung der Urethralblennorrhoe, von PICCARDI. Das Tyresol hat alle Vorteile des Sandelöls, aber nicht seine Nachteile; es ist daher ein sehr gutes Adjuvans der Lokalbehandlung der akuten, sei es vorderen oder hinteren Harnröhren- oder Vesikalblennorrhoe.

Über den Einflufs physischer Kräfte und ganz besonders des Lichtes auf die Ätiologie des Hautepithelioms, von BELLINI. Verfasser kommt auf Grund seiner sehr ausführlichen Betrachtungen, die durch eine Reihe sehr guter kolorierter histologischer und klinischer Bilder illustriert sind, zu folgenden Schlüssen: Das Licht ist die wirkende Ursache bei der Keratosis senilis, beim Xeroderma pigmentosum und der Radiodermitis chronica professionalis, indem man unter „Licht" die ätherischen Ausstrahlungen versteht, welche die ausstrahlende Wärme, die sichtbaren Strahlen, die ultravioletten und die hypervioletten (Röntgen-) Strahlen umfassen. Mit dem Lichte als Ursache der genannten Affektionen müssen sich andere unterstützende oder prädisponierende Momente verbinden, als da sind physische, chemische und parasitäre Agentien, vorangegangene Krankheiten, hereditäre oder erworbene Prädisposition. — Die betreffenden Affektionen haben nicht nur dieselbe Ätiologie, sondern auch dieselben klinischen und histologischen Charaktere. Die Latenzperiode, erkennbar am Lichterythem, steht in umgekehrtem Verhältnis zur Länge der Ätherwelle der wirksamen Strahlung. — Die Differenzen in der Pigmentierung hängen von der Intensität, Dauer und Natur des verwandten Lichtes ab. Die stark pigmentierten Flecken und der braune periphere Hof haben die Bedeutung eines Schutzmittels gegen die stimulierende Wirkung des Lichtes; bei dem stärksten Reiz, den Röntgenstrahlen, kann das Pigment total verschwinden. Der Unterschied des Sitzes der verschiedenen Veränderungen durch gewöhnliches Licht oder X-Strahlen hängt von der verschiedenen Penetrationsfähigkeit der beiden Strahlengattungen ab. Alle Hautelemente werden aber gleichzeitig beeinflufst. Das frühere Auftreten der Atrophie nach Röntgenbestrahlung findet seine Erklärung in der stärkern Reizung dieser Strahlen, welche in kurzer Zeit das hervorrufen, was das gewöhnliche Licht auch bewirkt, aber erst nach vielen, vielen Jahren. Bei allen genannten Affektionen können auf die Pigmentation, die Teleangiektasien, die Atrophie, die Hyperkeratosis und Pappillomatosis die epitheliomatösen Formen folgen, und zwar so direkt und so häufig, dafs man dieselben als prae-epitheliomatös betrachten mufs. Die Epitheliome, die sich auf Grund einer professionellen Radiodermitis entwickeln, kann man als experimentell erzeugte Epitheliome betrachten, und sind eine Gegenprobe, dafs bei den genannten Krankheiten das Licht die Ursache der epitheliomatösen Veränderung sein kann. Die Verschiedenheit der Natur, Intensität und Dauer der Bestrahlung hat einen bestimmten Einflufs auf die Histologie. Der baso-celluläre Typus korrespondiert mit einem geringeren Reiz, mit gröfseren Wellenlängen, der spino-celluläre mit einem stärkeren

Reiz und kürzerer Wellenlänge. Die durch Röntgenstrahlen hervorgerufenen sind immer spino-cellulären Typus. Es existieren Hautepitheliome, die nicht durch Lichtwirkung entstehen, sondern andere physische, chemische oder biologische Reize.

Beitrag zum Studium des sogenannten „Granuloma annulare", von CAPPELLI. Der Name Granuloma annulare wurde zuerst von RADCLIFFE CROCKER 1902 eingeführt. Es handelt sich um eine Affektion, die mit Vorliebe auf der Dorsalfläche der Hände lokalisiert ist, aus kleinen, erhabenen Knötchen, ähnlich Lichenknötchen, von bläulich-rötlicher Farbe, harter Konsistenz, indolenten Charakters besteht, welche die Tendenz haben, zusammenzufliefsen und Ringe und Halbkreise zu bilden. Histologisch fand sich die Epidermis fast immer normal, wichtigere Veränderungen an der Grenze von Corion und subcutanem Gewebe. Im Innern der erweiterten Schweifsdrüsen Infiltrationsherde mit drei Zelltypen, grofse Zellen mit einem stark färbbaren Kern, kleine lymphoide Zellen, fixe Bindegewebszellen und epitheloide Zellen; selten Mastzellen. Andere bezeichnen die Affektion als benignes Sarkoid, Ringed eruption, Eruption circiné cronique de la main, Lichen annularis. In Ermangelung sicherer, übereinstimmender klinischer und histologischer Merkmale hält Verfasser die Bezeichnung: Eruptio circinata chronica der Hand vorläufig für die richtigste.

Ein Fall von Psoriasis mit akutem Verlauf und blasigem Charakter, von NENCIONI. Bei einer 55jährigen Frau trat im Verein mit gichtischen Gelenkerscheinungen ein akuter Hautausschlag, bestehend aus Schuppen, Blasen, mit starkem Jucken auf, der sich klinisch im weiteren Verlauf und histologisch als Psoriasis entwickelte. Verfasser schiebt das Akute des Auftretens einzig der harnsauren Diathese zu.

Haas-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Die bösartigen Geschwülste, von CARL LEWIN-Berlin. (Werner Klinkhardt, Leipzig 1909.) In dem vorliegenden Werke hat L. die Literatur der experimentellen Geschwulstforschung kritisch gesammelt und die wichtigsten Ergebnisse übersichtlich zusammengefafst. Indem er weiter die Lehre der menschlichen Pathologie in Vergleich setzt mit den am Tiermaterial experimentell gewonnenen Erfahrungen, läfst er eine vergleichend biologische Darstellung der bösartigen Geschwülste des Menschen und der Tiere entstehen.

In der speziellen Darstellung der einzelnen Geschwulstformen hat L. sich im wesentlichen an die bewährten Lehrbücher von BORST, RIBBERT und von WASSERMANN gehalten.

Die Ausstattung des Buches, dem eine farbige Tafel und 57 Zeichnungen beigegeben sind, ist gut. Es ist als 7. Band der Bibliothek medizinischer Biographien erschienen.

Schourp-Danzig.

Mitteilungen aus der Literatur.

Regressive Ernährungsstörungen.

Geroderma genito-dystrophicum. Senilismus. (*La Riforma med.* 1909. Nr. 49.) Die ersten anatomisch-klinischen Mitteilungen über diese neue Krankheitsform wurde 1896—1897 von Rummo und Ferrannini Andrea gebracht. Seitdem sind teils von Rummo, teils von anderen Autoren öfters Fälle beschrieben worden, Klinisch ist die Krankheit charakterisiert: durch das greisenhafte Aussehen der Haut, welche den Turgor verloren hat und unelastisch und runzelig aussieht. Es ist infolgedessen schwer diesen Kranken ein Alter zu geben. Aufserdem weisen dieselben Degenerationszeichen an ihrem Schädel auf; 2. durch eine sehr spärliche blondweifse Behaarung und beinahe gänzliches Fehlen der Bart-, Achsel- und Genitalhaare; 3. durch eine rudimentäre Entwicklung der Genitalien; Penis und Hoden sind abnorm klein, oft, aber nicht immer, besteht impotentia generandi et coeundi; 4. durch eine eunuchenhafte Falsettstimme, welche in merkwürdigem Gegensatz zu ihrer Korpulenz steht. Hierzu kommen noch verschiedene, nicht immer vorhandene, sekundäre Merkmale, so ein Hängebauch und Hängebrüste, ferner eine abnorme Entwicklung des Fettpolsters, welche bis zur Pseudomyohypertrophie, zuletzt Deformitäten der Extremitäten, Froschhand, Elephantiasis der Füfse, Cervikalkyphose. Was die Ätiologie der Krankheit anbetrifft, so nahm Rummo von Anfang an eine Adeno-Dystrophie, d. h. eine Insuffizienz der Testikel an. Bestätigt wurde diese Ansicht durch die Untersuchungen von De Gaulejac über die innere Sekretion der Testikel bei Ektopie derselben. Bei den von diesem Autor untersuchten Fällen fand sich bei Ektopie der Testikel mit Insuffizienz der Samenbildung (bis zur Azoospermie) greisenhaftes Aussehen mit Kinderstimme, schlechte Ausbildung der Haare, hinfälliger Bau des Skelettes und eine im Verhältnis zum Rumpf allzustarke Ausbildung der unteren Extremitäten. Zu erwähnen sind noch gemischte Formen des Geroderma mit Myxödem, wobei es sich dann um eine Sekretionsstörung verschiedener Drüsen (Thyreoidea, Hypophyse, Nebennieren usw.) handelt.

Gunsett-Strafsburg.

Biotripsie oder Lebensabnutzung: die trophischen Änderungen des Greisenalters, von G. L. Cheatle-London. (*Brit. med. Journ.* 12. Juni 1909.) Unter Biotripsie versteht Verfasser die mehr oder weniger als physiologisch zu bezeichnenden atrophischen Veränderungen, welche sich an der Haut durch Volumsverminderung, Pigmentverlust und Ersatz der normalen matten Färbung durch abnormen Glanz der Oberfläche dokumentieren. An der Hand einer wohlgelungenen farbigen Abbildung schildert er den Befund bei einer 72jährigen Arbeiterfrau vom Lande, bei welcher an beiden Handrücken gröfsere Gebiete eine vollständig narbige Beschaffenheit als Wirkung blofs der Altersatrophie aufwiesen. Er wirft die Frage auf, ob nicht die bei derartigen Vorgängen zugrunde liegende Trophoneurose in analoger Weise bei der Entstehung vom Carcinom wirksam sein dürfte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Biotripsie, von O. Baker-London. (*Brit. med. Journ.* 24 Juli 1909.) Zu dem Artikel von Cheatle unter dieser Bezeichnung bemerkt B., dafs er ganz analoge Zustände wie dort geschildert, am Gesicht eines alten Landarbeiters in hochgradiger Entwicklung gesehen habe, ohne eine genügende Erklärung dafür zu finden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Idioneurosen.

Die Röntgenbehandlung des nervösen Hautjuckens, von H. E. SCHMIDT-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 37.) Autor sah in einer großen Anzahl von Fällen nervösen Hautjuckens niemals Mißerfolge. Er hat den Eindruck, daß die Röntgenbehandlung den Patienten immer noch aus Furcht vor den „Röntgenverbrennungen" nicht angeraten wird. *Arthur Schucht-Danzig.*

Bemerkungen zum Artikel H. E. SCHMIDTs: „Die Röntgenbehandlung des nervösen Hautjuckens", von A. LAQUEUR. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 39.) LAQUEUR widerspricht der Bemerkung SCHMIDTS: „Am wenigsten Erfolg habe ich von der Applikation der Hochfrequenzströme gesehen, die meist überhaupt nichts nützen. Das einzige, was man in wenigen Fällen erreicht, ist eine momentane, die Zeit der Stromeinwirkung kaum überdauernde Anästhesie." Unter 31 erfuhren 25 Patienten eine wesentliche Besserung bzw. Beseitigung ihrer Beschwerden. Zur Behandlung des betreffenden Grundleidens sind Röntgenstrahlen, rein symptomatisch Hochfrequenzströme überlegen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über einen Fall von Masturbation beim Weibe, hervorgerufen durch Pruritus genitalium. Heilung durch Uviollichtbehandlung, von O. SCHEUER-Wien. Eine seit neun Jahren verheiratete 33jährige gesunde Frau leidet seit 1½ Jahren ohne bekannte Ursache an Attacken von Juckreiz an den Genitalien. Das zur Beseitigung des Juckens wirksame Kratzen, Reiben und Drücken an den Genitalorganen führte bald zur Auslösung von Orgasmus. Mit Eintritt des letzteren hat Patientin zwar vollkommene Erleichterung gehabt, doch sind die Attacken von Jucken in letzter Zeit intensiver und häufiger geworden. Der objektive Befund bietet nichts bemerkenswertes. Die Bestrahlung mit Uviollicht (acht Sitzungen von je 30 Minuten bei 10 cm Entfernungen) wurde sofort wohltätig empfunden und brachte schließlich vollständige Heilung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Behandlung des Pruritus ani, von WILLIAM M. BEACH-Pittsburg. (*New York med. Journ.* 11. Sept. 1909.) Pruritus ani kommt besonders in mittleren Lebensjahren in leichter und schwerer Form vor, erstere in einfachem Jucken bestehend, letztere mit ausgesprochenem Ekzem und Hautveränderungen verbunden. Intrarektale Geschwülste, wie Hämorrhoiden, Adenome usw. oder vorhandene Parasiten bilden die Gelegenheitsursache. Die eigentliche Pathogenese des Pruritus ani beruht auf einzelnen oder multiplen Falten- und Taschenbildungen aus der Afterschleimhaut, wovon eine seröse oder seropurulente Substanz sezerniert wird; diese Sinuse können komplett oder blind sein und sind immer von Proctitis und häufig von Kryptitis und kleinen Geschwüren an der Anorektalgrenze begleitet. Die Behandlung muß eine chirurgische sein, um die Buchten und abnormen Faltenbildungen zur Obliteration zu bringen; ein starrer Sphinkter muß korrigiert, Proctitis und Ulceration müssen zur Heilung gebracht, vorhandene Magen-Darmstörungen und solche des Allgemeinzustandes in rationeller Weise bekämpft werden (blande, nicht reizende Diät, frisches Fleisch, Gemüse, möglichste Vermeidung von Kohlehydraten). Lokale Anästhesie genügt meist zur chirurgischen Behandlung, aber Allgemeinnarkose ist oft notwendig und immer von Vorteil; etwa achttägige Bettruhe ist stets nach den größeren Eingriffen am Anus ratsam. Die Nachbehandlung erfordert Antisepsis der Wunden, wenn sie auch meist einfach zu handhaben ist, zu welchem Zwecke B. mit Glycerin durchtränkte Gaze zu applizieren empfiehlt. *Stern-München.*

Sekretionsanomalien.

Zur Behandlung der Hyperhidrosis lokalis und universalis, von Karl Gerson-Schlachtensee bei Berlin. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 34.) Um die unangenehmen Nebenwirkungen des Formaldehyds auf die Haut auszuschalten, suchte Verfasser nach einer anderen Applikationsweise des Formalinalkohols und fand sie in der Imprägnierung der Stoffe mit Formaldehydalkohol. Die Fufsteile der Strümpfe, Handschuhe, eventuell dünne Unterjacken werden, nachdem sie gewaschen und getrocknet sind, mit 10%igem Formaldehydalkohol intensiv befeuchtet, ausgerungen und zum Trocknen aufgehängt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die Verödung der Schweifsdrüsen mittels Röntgenbestrahlung, von A. H. Pirie-London. (*Brit. med. Journ.* 17. April 1909.) Bei Hyperhidrosis axillaris empfiehlt P. als wirksamstes und relativ einfachstes Mittel die Röntgenbestrahlung. Durch sechs Sitzungen in vierwöchigen Intervallen bei starker Bestrahlung werden die Schweifsdrüsen dauernd zerstört. Allerdings werden die Haare ja gleichzeitig vernichtet. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Behandlung fieberhafter Erkrankungen, insbesondere jener mit Hyperhidrosis, von Rud. Glaser - Wien. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1909. Nr. 42.) Empfehlung des Kephaldols, einer Kombination von Chinin und Salicyl, dem neben antibakterieller und antineuralgischer Wirkung auch eine antihidrotische zukommt. *Schourp-Danzig.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Über einige ansteckende Hautkrankheiten, von F. C. Curtis - Albany. (*New York med. Journ.* 20. Nov. 1909.) C. bespricht hier vor allem Scabies, Ringworm und Pemphigus, Krankheiten, die an Häufigkeit in den letzten Jahren bedeutend zugenommen haben, wofür C. die vermehrte Einwanderung aus Europa verantwortlich macht. Wenn er im allgemeinen auch glaubt, dafs diese drei Hautaffektionen mehr unter niederen, unsauberen Bevölkerungsklassen vorkommen, so hebt er andererseits hervor, dafs Scabies bei deren leichten Übertragbarkeit auch in den Pullmann - Schlafwagen und den Betten der feinsten Hotels akquiriert werden kann, und mufs man eben bei jeder Bevölkerungsklasse an die Scabies-Infektion denken· Der Trichophytonpilz hat verschiedene klinische Wirkungen, je nach dem Sitze seines Wachstums: einfachen Ringworm der nicht mit Haaren bedeckten Haut, Kahlheit an der behaarten Kopfhaut, ausgedehnte Folliculitis an den Barthaaren, ausgebreitetes juckendes „Ekzema marginatum" der Schenkelgegend; besonders die letzten zwei Arten haben an Zahl zugenommen und Tinea cruris wird jetzt mehr und in hartnäckigerer Form beobachtet als früher. C. hebt als unbedingte sanitätspolizeiliche Mafsregel die Ausschliefsung aller mit Ringwurm behafteten Kinder aus der Schule hervor. Für die Behandlung der Scabies ist er Anhänger von Styrax (ein bis zwei Teile Unguentum). Was die Impetigo betrifft, so glaubt C., dafs deren Übertragung auf Erwachsene — auch in Schulen u. ä. erlebte er wiederholt Epidemien — häufig bei Friseuren stattfindet. Bei rechtzeitiger Diagnose sei übrigens diese Kokkeninfektion durch Reinlichkeit und antiseptische Waschungen (Seife, Borlösungen und -salbe usw.) leicht zu heben. *Stern-München.*

Praktische Erfahrungen über Scabies, von G. Knauer - Wiesbaden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 20.) Mit einer 10%igen spirituösen Lösung von β-Naphtol hat K. in zwölfjähriger poliklinischer Praxis an vielen Hunderten von Fällen gute

Resultate gesehen. Das Übersehen der skabiösen Ätiologie eines gegebenen Ekzemfalles betrachtet er als eher zu entschuldigen wie den umgekehrten Fehler mit Verordnung einer Scabiesbehandlung bei einem einfachen Ekzem, was eine Ungeheuerlichkeit sei.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Praktische Erfahrungen über Scabies, von J. Raff-Augsburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 32.) Zu der Knauerschen Arbeit über dieses Thema macht R. folgende Bemerkungen: Die Forderung K.s, daſs kein als Scabies diagnostizierter Fall einer Scabieskur unterzogen werden soll, ehe der Nachweis von Milben erbracht worden ist, muſs entschieden verworfen werden. Der 10%ige Naphtolspiritus kann sehr leicht, namentlich bei Kindern (eigene Beobachtung), zu Intoxikation und Nierenreizung führen. Auch bei intensiverem konkomitierenden Ekzem ist die Krätzekur sofort einzuleiten. Die Steigerung der ekzematösen Läsionen geht nachher schneller wieder vorüber. Es ist ratsam, bei jedem Scabiesfall, namentlich nach längerem Bestehen, auf Albuminurie zu untersuchen. Der Scabiesphobie nach erfolgter Kur ist auch die nötige Beachtung und namentlich psychische Behandlung zu widmen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermatitis pediculoides ventricosus. Anonym. (*Med. Record.* 7. August 1909.) In den letzten acht Jahren ist in Philadelphia eine groſse Anzahl juckender Hauterkrankungen beobachtet worden, die in ihrem Aussehen keiner der bekannten Hauterkrankungen glichen, deren Ätiologie aber nicht aufgeklärt werden konnte. Bei einer neuerlichen „Epidemie", bei der 125 Fälle zur Untersuchung kamen, wurden als gemeinsame Infektionsquelle alte Matratzen nachgewiesen, in deren Staub sich nach vielen sorgfältigen Untersuchungen endlich eine auſserordentlich kleine Milbe fand, die vom Entomologen als Pedriculoides ventricosus diagnostiziert wurde. Die gefundenen Milben produzierten auf der Haut die typischen Läsionen der Erkrankung, bestehend in Urticariaquaddeln, in deren Zentrum kleinste Bläschen, die zu Pusteln sich bald umformten, aufschieſsen. Die einschlägigen Arbeiten, auf die Verfasser sich stützt, sind von Goldberg und Schamberg in den *U. S. Public Health Reports*, Bd. XXIV erschienen. *W. Lehmann-Stettin.*

Über chronisch entstehendes Gasbläschenemphysem (Pneumatosis cystoides), von W. Nowicki-Lemberg. (*Virchows Arch.* Bd. 198, Heft 1.) Das vom Verfasser durch Sektionen gewonnene Material betrifft sieben Fälle von Vaginitis emphysematosa und drei des Verdauungskanals. Seine Untersuchungen ergaben, daſs es sich um einen chronisch sich entwickelnden Prozeſs handelt, welcher gewöhnlich längere Zeit dauert und infolge Eindringens des Gases in erster Linie in Gefäſse und lymphatische Räume, ferner auch in das eigentliche Gewebe besteht. Die Gasbläschen, der charakteristische Bestandteil des Gasbläschenemphysems, entstehen hauptsächlich aus lymphatischen Spalträumen und Gefäſsen, weniger aus Spalten, die sich durch Zerreiſsen des Gewebes durch Gas gebildet haben. Die Bildung des Bläschenemphysems fördern besonders Störungen in der Zirkulation, namentlich Stauungshyperämien, wie z. B. infolge Herzinsuffiziens, oder lokaler Ursache, wie die Schwangerschaft (in der Vagina). Das Bläschenemphysem kann mit der Zeit verschwinden, wobei nur lokale Veränderungen als narbige Verdickungen des befallenen Gewebes verbleiben.

Schourp-Danzig.

Über hämolytischen Ikterus und über das Auftreten hämolytischer Vorgänge bei diesem und bei perniciöser Anämie, von Karl Ritter v. Stejskal-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 19.) Zwei Fälle von in Schüben einsetzender Anämie und Ikterus mit Milzvergröſserung, dabei normalen Stuhl mit reichlichen Mengen von Urobilin. S. gibt mit Absicht eine eingehende Schilderung des Verlaufs und der klinischen Symptome, da er glaubt, daſs schon klinisch diese Formen von

hämolytischem Ikterus von anderen Erkrankungen, besonders auch den ikterischen Formen der perniciösen Anämie sich trennen lassen. Auf Grund ausgedehnter experimenteller Untersuchungen und Komplementversuche stellt er als wichtigstes pathogenetisches Moment eine physikalische oder chemische Veränderung der Erythrocyten fest, die eine verminderte Resistenz zur Folge hat; dazu kommen lokal hämolytische Vorgänge in der Milz, deren Bedeutung zurzeit noch nicht feststeht.

W. Lehmann-Stettin.

Mifsbildungen.

Zur Behandlung des Naevus flammeus, von J. Donald-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 3. April 1909.) Verfasser hat mit der Röntgenbestrahlung bei diesem Leiden gute Erfolge erzielt. Ein Fall, bei welchem fast die ganze Hälfte des Gesichts affiziert war, wurde vor fünf Jahren höchst erfolgreich behandelt und ist seitdem frei von Rezidiven geblieben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen Fall von Hypertrichosis faciei (Frauenbart) in Verbindung mit Hermaphroditismus verus lateralis, von Eduard Gottschalk-Stuttgart. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. XIII, Heft 6.) 26jährige Landwirtstochter, die zur Beseitigung ihrer Gesichtshaare in ärztliche Behandlung kommt, zeigt neben vollkommen männlichem Habitus Geschlechtsteile, die der Beschreibung nach wohl als Hypospadie dritten Grades aufzufassen sind. *W. Lehmann-Stettin.*

Verbesserte Methoden zur Entfernung von akzessorischen Haaren, von A. H. Pirie-London. (*Lancet.* 19. Juni 1909.) Während man bei Verwendung einer Gold- oder Platinnadel zur elektrolytischen Entfernung von Haaren sowohl den negativen wie den positiven Pol in die Haut an der zubehandelnden Stelle einführen kann, darf man die der Oxydation unterliegende Stahlnadel der Gefahr von Narbenbildung und Verfärbung wegen stets nur mit dem negativen Pol verbinden. Statt der gewöhnlich gebrauchten Stahlnadel nimmt P. feinsten Draht, wie solcher als Kanüleneinlage bei Pravazschen Spritzen gebraucht wird; man vermeidet damit leichter das Entstehen von falschen Wegen. Als weiteres wichtiges Moment ist das Isolieren des Drahtes bis auf den in den Haarbulbus einzuführenden $^1/_{16}$ Zoll langen Endteil zu empfehlen. Dies bewerkstelligt man sehr leicht, indem man den Draht in der Spiritusflamme rotglühend macht und einen Augenblick auf ein Stück Schellack eindrückt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Naevus pigmentosus, von G. N. M. Ross. (*Brit. med. Journ.* 12. Juni 1909.) Abbildung eines zweijährigen Armenierkindes mit mindestens 100, teils kleinen, teils enorm grofsen behaarten Mälern am ganzen Körper. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Allgemeines.*

Ein Fall von Katheterinfektion, von H. Lohnstein-Berlin. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1909. Nr. 24.) Ein 60jähriger Mann mit kompletter Harnretention bei Prostatahypertrophie ging infolge Katheterinfektion innerhalb sechs Tagen zugrunde. Es traten schwere septische Veränderungen an der Haut des Penis, des Hodensackes und der Unterbauchgegend auf, während die Urethralschleimhaut relativ intakt blieb.

Schourp-Danzig.

Staphylokokkenvaccination bei entzündlichen Vorgängen des Urogenitalapparates, von W. M. Robertson-St. Louis. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 10.) R. führt sechs Krankheitsgeschichten an von Fällen akuter blennorrhoischer Prostatitis, bei welchen er Heilung durch subcutane Injektionen von Staphylococcus albus erzielte. Gewöhnlich gibt R. die ersten drei Injektionen jeden zweiten Tag, danach jeden fünften oder siebenten Tag derart, dafs jede Injektion 400000000 Bakterien enthält. R. wurde auf den Wert der Staphylokokkenimpfung aufmerksam durch die günstige Beeinflussung eines Patienten mit chronischer Blennorrhoe. Dieser hatte zugleich eine Folliculitis barbae, wegen der er von Dr. Engman mit Staphylococcusimpfungen behandelt wurde. Zugleich trat merkwürdigerweise eine Heilung der Blennorrhoe ein. R. nimmt an, dafs der Gonococcus nach der Staphylokokkeninjektion seine Virulenz verliert. *Schourp-Danzig.*

Zur ascendierenden Infektion der Harnwege, von E. Nohl-Müllheim i. B. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 40.) An der Hand mehrerer Fälle aus der Praxis kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Bei fieberhaften Erkrankungen dunkeln Ursprungs, speziell im Kindesalter bei Mädchen, ist immer auch an Cystitis und Pyelitis zu denken. 2. Trotz anscheinend normaler Vulva können von dem Sekret dem Urin manchmal mehr oder weniger zahlreiche Leukocyten beigemengt werden. Im akuten Anfall von Cystitis oder Pyelitis wird die Reichlichkeit der Zellbeimengung und die Katheterisation entscheiden müssen, bei sich hinschleppenden leichten Fällen wird auch der Katheter und ein Abstrichpräparat von der Vulva verhindern, dafs das manchmal noch lange nach dem akuten Anfall sich zeigende geringe wolkige Leukocytensediment im Urin zur Diagnose einer chronischen Cystitis oder Pyelitis verleitet. 3. In der Vulvitis auch leichtesten Grades sei eine bisher zu wenig beachtete Zwischenstation der ascendierenden Infektion der Harnwege zu betrachten; solche Kinder mit dauerndem Leukocytenbefund im Vulvasekret müssen als ständig einer neuen Infektion der Harnwege ausgesetzt angesehen werden. 4. Therapeutisch scheint sich aufser der Hebung des Allgemeinbefindens, der Bekämpfung der regelmäfsig vorhandenen Anämie, äufserer desinfizierender Waschungen vor allem die Regelung der Verdauung zu empfehlen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Autovaccination bei chronischen Coli-Infektionen des Nierenbeckens, der Blase und der Prostata, von E. Boross-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 43.) Verfasser benutzte aus den eigenen Bakterien der Patienten angefertigte sogenannte Autovaccine. Anfangsdose $^1/_{10}$ ccm, später $^2/_{10}$ ccm, schliefslich $^3/_{10}$ ccm. Die Impfungen wurden in Zwischenräumen von fünf bis sieben Tagen vorgenommen. Auf der Streckseite des Oberarms wird geimpft, und man konnte bisher nach jeder Impfung eine örtliche Reizung mit kleiner Empfindlichkeit und Gedunsenheit beobachten. Die ersten Impfungen gehen gewöhnlich mit gelindem Fieber, 37,2 bis 37,6°, einher. Die Impfungen wurden an zwei jungen Patienten vorgenommen, von denen einer seit seinem fünften Lebensjahre krank und 11 Jahre ganz ohne Erfolg behandelt worden ist, der andere ist 25 Jahre alt und seit 15 Jahren ohne Erfolg behandelt worden. Auch in den übrigen sechs Fällen bestand das Leiden seit mehreren Jahren in unveränderlicher Hartnäckigkeit fort. Nach den Impfungen besserte sich das Allgemeinbefinden wesentlich und der bisher schmerzhafte, krampfhafte Harndrang hörte auf. Die Vaccination ist ein vollkommen unschuldiges Eingreifen und bei jeder chronischen Coli-Infektion anzuwenden, wo bei innerer und örtlicher Behandlung kein Erfolg erzielt wird. In Fällen von chronischer Colipyelitis findet man oft in den Nieren, im Nierenbecken Steine. Ehe sie nicht entfernt werden, kann keine Besserung eintreten. *Porosz-Budapest.*

Ein Fall von bazillärer Infektion des uropoetischen Systems und dessen erfolgreiche Behandlung durch das entsprechende Serum nebst Vaccine, von H. O. Butler-London. (*Lancet.* 12. Juni 1909.) Bei der 50jährigen Multipara wurden obstinate und intensive subjektive und objektive Erscheinungen von seiten der Nieren und Harnblase durch subcutane Injektionen einer mit Bacillus coli hergestellten Vaccine erfolgreich behandelt, nachdem sonstige Mittel versagt hatten. Im Urin waren neben Bacillus coli auch viele Streptokokken gefunden, doch war die subcutane Injektion von polyvalentem Antistreptokokkenserum wenig wirksam.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Spezifische Mittel in der Diagnostik und Therapie der Urogenitaltuberkulose, von W. Karo - Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 37.) Mit der Ophthalmoreaktion hat K. zweimal schlechte Erfahrungen gemacht, indem dieselbe negativ ausfiel, trotzdem tatsächlich Tuberkulose an der Niere bestand. Die Tuberkulininjektion hält er für viel zuverlässiger, wie er an einem durch Anwendung von 0,25 mg Alttuberkulin aufgeklärten Fall von Nierentuberkulose darlegt. Ferner wird berichtet über vier Fälle von Nierentuberkulose, welche unter Behandlung mit Alttuberkulin, beginnend mit 0,0025 mg und steigend bis zu 10 mg, einen überraschend günstigen Verlauf genommen haben. Mit dem Marmorekschen Serum hinwiederum hat K. keine guten Resultate erzielen können. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Experimentelle Untersuchungen über die Ausbreitung der Tuberkulose im männlichen Genitalsystem, von Guiseppe Sangiorgi - Turin. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* Bd. 20, Nr. 20.) Auf Grund der an Kaninchen unternommenen Untersuchungen bestätigt S. das von v. Baumgarten aufgestellte Gesetz, daſs die Ausbreitung der Tuberkulose im männlichen Genitalsystem gewöhnlich vom Hoden zur Prostata unter dem mechanischen Einfluſs der Samenströmung stattfindet. Pflanzt sich die Tuberkulose im Hoden bezw. Nebenhoden ein, so breitet sie sich ascendierend in der Richtung des Stromes vom Nebenhoden zum Vas deferens und zur Prostata aus. — Eine Ausbreitung der Tuberkulose gegen den Strom ist nur ausnahmsweise möglich in den Fällen von Vas deferens-Stenose.

Wird die Samenströmung durch schwere Hodenverletzungen — Blutkreisveränderungen, Entzündungen — aufgehoben, so breitet sich die Tuberkulose vom Nebenhoden zum Vas deferens und zur Prostata nicht aus, aus Mangel an dem mechanischen Faktor zur Beförderung der Tuberkelbazillen.

Auſser den Fällen von Vas deferens-Stenose ist die intrakanalikuläre Ausbreitung der Tuberkulose gegen den Strom (von der Urethra bezw. der Prostata zum Hoden) noch möglich, wenn, infolge einer schweren Hodenverletzung, die mechanische Behinderung der Samenströmung fehlt. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von einseitiger, ascendierender Tuberkulose im Urogenitalapparat, von W. Forkel-Schöneberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 39.) Der Satz, welchen v. Baumgarten in bezug auf die Ausbreitung der Urogenitaltuberkulose aufgestellt hat, daſs nämlich das Fortwandern der Bazillen nicht der normalen Richtung des Sekretabflusses entgegen stattfindet, auſser bei pathologischer Beeinflussung des letzteren, findet in dem hier mitgeteilten Sektionsbericht eine Bestätigung. Bei dem 36jährigen, schwer tuberkulösen Manne hatte sich die Tuberkulose von der Blase aus bis in die linke Niere hinaufgepflanzt; die Uretermündung war links durch narbige Kontraktion der Blasenschleimhaut verlegt; die rechte Niere mit normalem Ureter und Orificium war ganz intakt geblieben; in analoger Weise waren links Hoden, Nebenhoden, Vas deferens und Samenbläschen affiziert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die pathologische Anatomie der Bilharziakrankheit, von Goebel - Breslau. *Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 27.) Die Veränderungen bei Bilharzia werden durch

Ablage der Wurmeier in die Gewebe des uropoetischen und intestinalen Systems des Menschen bedingt. In den Venen der Blase oder des Darms legt das Weibchen die Eier in die Kapillaren. Durch Platzen letzterer gelangen die Eier in das Gewebe und bilden da einen keilartigen Infarkt, dessen Spitze von den jüngst gelegten Eiern gebildet wird. Die Eier können in der Mucosa der Blase absterben und verkalken. Durch Epithelwucherung kommt es zur Bildung von sogenannten Bilharziatumoren, welche Granulationsgeschwülste sind. Sie sitzen mit Vorliebe im Trigonum.

Nicht selten finden sich maligne Neubildungen in der Bilharziablase.

Die Infarcierung der Urethra mit Bilharziaeiern bewirkt mehr oder weniger starke (Granulations-) Strikturen, deren Folge die Bildung von Harnfisteln am Perineum, Skrotum und Oberschenkel ist. Die vielen Blasensteine bei den Ägyptern seit Alters her sind ursächlich bedingt durch einen epithelialen Katarrh der Bilharziablase.

An den weiblichen Genitalien ist in seltenen Fällen ein Katarrh mit Sklerosierung der Vaginalschleimhaut oder Tumorbildung beobachtet.

Die Tumoren sind malignen Blumenkohlgewächsen sehr ähnlich, aber stets gutartig, aufsen an der Vulva den Condylomata acuminata vergleichbar.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Frage der infantilen Sexualität, von Marcinowski-Haus Sielbeck a. Uklei. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 20.) Autor tritt für die Freudschen Theorien ein im Gegensatz zu Ziehen (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 6). Zum Referat ist der interessante Fall nicht geeignet. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Histologie der menschlichen Spermien und zur Lehre von der Entstehung menschlicher Doppel-(Mifs)bildungen, von P. A. Hoeffer. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1909. Nr. 62, aus *Arch. f. mikrosk. Anat.* Bd. 74, Nr. 1.) Für eine grofse Anzahl von Fällen glaubt der Verfasser die anatomische Grundlage der eine Doppelbildung verursachenden Vorgänge in zweikernigen Spermien und andererseits auch in den zweikernigen Eiern zu sehen. Die zweikernigen Spermien sind beim Menschen nicht selten, und auch die zweikernigen Eier sind häufiger gefunden, als man im Anfang geglaubt hat. Die Weiterentwicklung eines von einem zweikernigen Spermion befruchteten zweikernigen Eies erscheint nicht als unmöglich. *Schourp-Danzig.*

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus externus, von Bader-Bamberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 1.) Bei einem 74jährigen Schuhmacher, von dem ein Arzt behauptete, dafs er sich „als einen Mann ausgebe, aber ein Weib sei“, fand B. typisch weiblichen Habitus, breites Becken, stark ausgebildete hängende Mammae, unter der Symphyse zwei wie grofse Labien aussehende Gebilde, die aber weiter nach vorn verlagert waren als bei der normalen Frau und einen zunächst als Clitoris imponierenden, aufserordentlich kleinen Penis mit Präputium und angedeutetem Frenulum; etwa 2 cm hinter dem Penis war eine kleine Offnung vorhanden, durch die man mit einem 2 mm starken Bougie in die Blase gelangte. Die labienförmigen Wülste enthielten gut ausgebildete Hoden mit Nebenhoden, die Samenstränge führten in normaler Weise nach oben, waren aber sehr dünn. Von Uterus und Adnexen, aber auch von Prostata und Samenbläschen war per rectum nichts zu fühlen. Der Mann war 33 Jahre verheiratet gewesen, hat nie Pollutionen oder Blutverlust (Menses), auch niemals Erektionen und niemals sexuelle Libido gehabt und niemals eine Kohabitation versucht. *Götz-München.*

Über einen Fall von Pseudohermaphroditismus masculinus externus, von Heinzmann-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 18.) Das als Mädchen erzogene zwölfjährige, sonst gut entwickelte Kind kam wegen einer seit dem fünften Lebensjahre bestandenen rechtsseitigen Leistenhernie zur Aufnahme. Man stellte neben vollständiger Spaltung des Skrotums Hypospadie und Kryptorchismus fest. Bei

der Radikaloperation der Leistenhernie fand sich ein atrophischer Hoden nebst Nebenhoden. Der andere Hoden konnte digital palpiert werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Anomalie des Urogenitaltraktus, von JUDSON A. HULSE-Akron. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 4.) Bei einem 61jährigen Manne, der an Darmcarcinom einging, fand sich bei der Autopsie die rechte Niere abnorm klein; der rechte Ureter mündete in die Urethra prostatica; die linke Niere war vergrößert im Sinne einer kompensatorischen Hypertrophie. *Schourp-Danzig.*

Adenoide Wucherungen, Enuresis und Schilddrüse, von L. WILLIAMS-London. (*Lancet.* 1. Mai 1909.) Von einigen Autoren ist mitgeteilt worden, daſs die Enuresis bei Kindern beseitigt war nach der operativen Entfernung von adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum, resp. auch von den Tonsillen. Verfasser hat dies durchaus nicht bestätigt gefunden, beobachtete vielmehr bei einer Gelegenheit direkt eine Verschlimmerung des Bettnässens nach der Abtragung von Vegetationen. In der Meinung, daſs die adenoiden Gebilde ein Anologon zur Schilddrüse darstellen, machte W. darauf einen Versuch mit Thyreoidextrakt, der glänzend ausfiel. Daraufhin hat er das Mittel auch sonst bei 25 Kindern versucht und zwar mit bestem Erfolg. Bedingung ist allerdings, daſs keine zu groſse Dosen verabreicht werden. Man fange deshalb mit einem Minimum an (0,03 bis 0,75 des Extraktes, zwei- bis dreimal täglich) und steigere nötigenfalls. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Enuresis bei Hypermetropie, von A. H. FARDON. (*Lancet.* 11. Dezember 1909.) Ein Mädchen von sieben Jahren litt, seitdem sie die Schule besuchte, an Enuresis diurna. Vorher und während der Nacht war die Schwäche nie zu bemerken gewesen. Nach vergeblicher Behandlung mit Belladonna und Brompräparate wurde Hypermetropie von 5 D konstatiert und dem entsprechend eine Brille verordnet. Seitdem sind sechs Wochen vergangen bei ganz normalem Verhalten in bezug auf die Urinentleerung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Anwendung des zur unmittelbaren Besichtigung dienenden Cystoskops, von GEORG LUYS-Paris. (*Urologia, Beiblatt des Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 3.) Verfasser gedenkt folgender Nachteile: 1. Das Gesichtsfeld ist viel kleiner, als bei dem Prismencystoskop. 2. Die Instrumente sind dagegen weiter, was unter gewissen Umständen ein groſses Hindernis ist. 3. Infolge sehr vorgebeugter Körperhaltung, namentlich bei wohlbeleibten Männern, glättet sich die Blasenwand nicht genug. Deshalb ist die Untersuchung manchmal sehr schwer, sogar unmöglich. Sodann faſst Verfasser die Vorteile in folgendem zusammen: 1. Die eingestellten Gegenstände sehen wir, wie sie wirklich sind, d. h. an ihrer wirklichen Stelle, in ihrer wirklichen Lage, in ihrer wirklichen Form und Gröſse unmittelbar mit unseren Augen. Der persönlichen Interpretation fällt keinerlei Rolle zu. Jeder, auch der weniger geübte Untersucher sieht dasselbe, weil die Bilder nicht deformiert, nicht vergröſsert sind. 2. Die Blasenschleimhaut sieht man in natürlicher Färbung. Infolge vorgebeuter Körperhaltung dehnt sich die Schleimhaut nur soweit wie es ihr möglich ist und so bekommt sie durch künstliche Spannung keine fremde Färbung. 3. Auch kann die Blase bei der geringsten Kapazität besichtigt werden. Es ist allgemein bekannt, daſs die Prismencystoskopie unmöglich ist, sobald die Blase nicht wenigstens 60 g Flüssigkeit aufnimmt, aber man weiſs auch, daſs jene Fälle nicht selten sind, die unbedingt eine Besichtigung beanspruchen, obgleich die Kapazität der Blase sehr gering ist. In den meisten ähnlichen Fällen indiziert die Notwendigkeit des Ureterkatheterismus das Spiegeln. 4. Die Untersuchung kann auch im Falle einer schweren Hämaturie oder Pyurie vorgenommen werden. In solchen Fällen können die prolongierten Waschungen und die fortwährenden Irrigationen die Blase nicht so reinigen,

wie es zur Prismenspiegelung notwendig ist. Diese Cystoskopie beansprucht keine solchen Vorbereitungen und kann zumeist jeder Zeit vorgenommen werden. 5. Auch Blasenperforation oder Blasenvaginalfisteln, wo es unmöglich ist, die Blase zu füllen, sind dieser Cystoskopie nicht hinderlich. 6. Im Falle einer Gravidität und eines gröfseren Bauchtumors, wenn die Prismencystoskopie beinahe unmöglich ist, weil man in der zusammengedrückten Blase das Cystoskop von der Blasenwand nicht in gehöriger Entfernung halten kann, ist diese Cystoskopie, bei der das Instrument die Blasenwand berühren kann, ebenfalls durchführbar. 7. Die leichte Entfernung der in die Blase gelangten Fremdkörper. Der häufigste Fall ist der, dafs Haarnadeln in die Blase der Frauen gelangen. Häufig bleibt auch ein abgebrochener Katheterteil in der Blase. Die Entfernung durch dieses Instrument ist nicht mit Schwierigkeiten verbunden, erfordert keine besondere Vorbereitung und ist in einigen Augenblicken ausgeführt. Prof. Boari-Ancona benutzte das Instrument bei einer interessanten Operation. Bei einer Hysterektomia abdominalis, die behufs Entfernung eines Fibroms vorgenommen worden ist, wurde ein Ureter verletzt. Einen Ureterkatheter (Nr. 9) brachte er in dem verletzten Ureter unter, derart, dafs das Peripherieende in die Blase reichte. Der Ureter wurde über dem Katheter ringsherum zusammengenäht. Zwölf Tage später führte er Verfassers Apparat in die Blase ein und nahm die Sonde aus dem Ureter heraus. 8. Bei der Behandlung der Cystitis erreichte Verfasser ein rasches und bedeutendes Resultat dadurch, dafs der kranke Schleimhautteil energisch behandelt werden kann, während die gesunden Teile unbehelligt bleiben. Namentlich bei der Behandlung tuberkulöser Blasenkatarrhe sah Verfasser überraschende Erfolge. 9. Die Lithotripsie kann unter Kontrolle des Auges vorgenommen werden. Bei einer 55jährigen Frau entfernte Verfasser aus der Blase mit einer Pinzette viele und grofse Phosphatkonkremente. 10. Vom Gesichtspunkte des Diagnose ist es sehr vorteilhaft, wenn man vom Blasentumor herkommende Teile im frischen Zustande untersuchen kann. Zu diesem Zwecke ist die unmittelbare Cystoskopie sehr geeignet. 11. Blasengeschwülste können sehr leicht behandelt werden. 12. Nach der Untersuchung des unteren Ureterendes kann der Fall eintreten, dafs man Steine oder fremde Körper entfernen mufs. 13. Der Ureterkatheterismus ist viel leichter, a) bei Frauen kann des Verfassers Verfahren gegenüber der Prismencystoskopie der Vorzug erteilt werden. So ist bei Frauen der Ureterkatheterismus unendlich leicht und einfach. In einigen Minuten ist man im Ureter. b) Wenn man in eine gesunde Niere mit dem Katheter eindringen mufs, ist die Infektionsgefahr sehr gering. Ehe man den Katheter in die Hand nimmt, berührt man die Umgebung der Ureteröffnung mit einem in 20%ige Arg. nitr. Lösung getauchten Tampon, c) sie macht möglich, dafs man eine viel dickere Sonde anwendet, d) ohne Vorbereitung kann man sich durch die unmittelbare Cystoskopie davon überzeugen, ob der Katheter wirklich im Ureter liegt. e) Der Ureterenkatheterismus gelingt auch dann, wenn man von der Prismencystoskopie im Stich gelassen wird, f) wenn die Blasenkapazität sehr gering ist, ist der Ureterenkatheterismus allein durch das empfohlene Cystoskop möglich. *Porosz-Budapest.*

Beiträge zur Röntgendiagnostik des uropoetischen Systems. I. Pyelographie. II. Fehlerquellen beim Steinnachweis: verkalktes Ovarium, Beckenflecken, Blaudsche Pille, von G. Fedor Hänisch-Hamburg. (*Fortschr. f. Röntgen.* XIV, 1.) Dafs die bekannten Beckenflecken, die bei der Röntgendiagnose der Lithiasis so oft eine Rolle spielen, tatsächlich Phlebolithen entsprechen, das beweist die Entfernung eines solchen aus einer stärkeren Vene des Plexus recto-vesicalis gelegentlich einer Rectumcarcinomoperation; ebenso der Nachweis ganz identischer Schatten in der Ellenbeuge einer Frau, die daselbst aufserordentlich starke Varizenbildung zeigte. — Auch andere Dinge können mitunter auf der Röntgenplatte einen Schatten erzeugen,

der zu Verwechslungen mit Steinen Veranlassung geben kann: So fand H. einst bei der Untersuchung auf Blasenstein einen Schatten, dessen zerklüftete Form auffiel: wie sich hinterher herausstellte, konnte es sich nur um Kalkablagerung im rechten Ovarium handeln. In einem anderen Falle fand sich im Bereich der rechten Niere ein gut erbsgroſser Schatten, der auf einer Kontrollplatte weiter nach auſsen gerückt, auſserhalb des Nierenschattens lag: Es handelte sich um eine Blaudsche Pille!

W. Lehmann-Stettin.

Vaccinebehandlung bei Urogenital-Infektionen, von Edgar G. Ballenger-Atlanta. (*New York med. Journ.* 3. Juli 1909.) B. hat in den vergangenen 18 Monaten bei 75 Patienten mit lokalisierter Erkrankung der Geschlechtsorgane, wovon 66 mit blennorrhoischer, neun mit Mischinfektion, mit Vaccine behandelt und in 56 Fällen Heilung, in zwei Besserung erzielt, während 17 noch unter Behandlung sind. Die für die Behandlung erforderliche Zeit betrug drei Wochen bis mehrere Monate, 5 bis 15 Millionen Mikroorganismen (Gonokokken, in ein paar Fällen auch Mischung derselben mit Staphylokokken) waren die Anfangsdosis und wurden immer um fünf Millionen vermehrt, bis die Zahl von 50 Millionen erreicht war. Die Heilungsresultate scheinen darauf zu beruhen, daſs der opsonische Index infolge der während der akuten Anfälle sich vollziehenden Autoinokulation erhöht wurde. B. erklärt die Vaccinebehandlung mit der autogenen (besser wie mit der abgeschwächten) Vaccine für ein wertvolles Unterstützungsmittel in der Behandlung, das besonders wirksam gegen Komplikationen, wie Epidydimitis und Prostatitis, ist. Die Neigung zu Rückfällen kann durch Vaccine-Injektionen, wobei immer mit kleinen Dosen begonnen wird, im Abnahmestadium der Blennorrhoe vermindert werden. Massage der Prostata und Samenbläschen sind bei entzündlicher Affektion dieser Organe besonders angezeigt; heiſse Harnröhrenspülungen mit 1 : 5000 Kaliumpermanganat und Mastdarmeinläufe scheinen eine lokale Erhöhung des opsonischen Index zu bewirken und dadurch die Behandlung erfolgreich zu unterstützen. *Stern-München.*

Elektrizität bei Urogenital-Erkrankungen, von Sinclair Tousey-New York. (*New York med. Journ.* 22. Mai 1909.) T. erwähnt bei dieser kurzen Betrachtung in erster Linie der Gefahren, welchen man durch die Beschäftigung mit den X-Strahlen ausgesetzt ist, und rät, zum Schutze gegen diese Gefahren die Röhre vollständig in eine Bleihülle, die mit entsprechenden Fenstern versehen ist, einzuschlieſsen oder den ganzen Apparat in einem getrennten Raum unterzubringen; Bleigläser, bleieingefaſste Kopfbedeckung, Blei-Handschuhe und -Schürzen sind weitere Vorsichtsmaſsregeln. Die X-Strahlen haben T. vorzügliche Erfolge bei Pruritus ani, sowohl mit ausgedehntem Ekzema verbunden, wie bei der trockenen Art, gegeben; in einem Falle von Prostatastein gelang der diagnostische Nachweis mittels Röntgendurchleuchtung. In Fällen von Prostatahypertrophie, wo bereits „Katheterleben“ notwendig, beträchtlicher Residualharn und häufiger Harndrang vorhanden war, erwies sich therapeutische Anwendung der X-Strahlen als sehr wirksam; Prostatacarcinom, damit behandelt, wurde zwar nicht geheilt, aber Schmerzen und Harndrang sehr günstig beeinfluſst, der Urin klärte sich bis zu einem gewissen Grade auf und das Leben wurde verlängert. Die angewandte Technik wechselt je nach Umständen: bei Carcinom und Hypertrophie werden die X-Strahlen von einer gewöhnlichen, in einem lokalisierenden Schild angebrachten Röhre auf das Perineum gerichtet, während in Fällen von Tuberkulose eine spezielle Röhre in das Rektum eingeführt und die X-Strahlen in direkte Berührung mit den kranken Stellen gebracht werden.

Stern-München.

Camphosan, ein neues Heilmittel bei Erkrankungen der Harnorgane, von Hans Vollmer-Berlin. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1908. Nr. 76.) Camphosan kommt in elasti-

schen Gelatinekapseln in den Handel; jede Kapsel enthält 0,045 g Kamphersäure-Methylester und 0,255 g Santalol. V. empfiehlt das Mittel als Prophylaktikum bei häufigem Katheterisieren, namentlich bei Prostatikern, die sich selbst katheterisieren. Auch bei Entzündungen bezw. Katarrhen der Harnröhre, der Blase und des Nierenbeckens soll es angebracht sein. *Schourp-Danzig.*

Über interne Therapie der Harnkrankheiten unter besonderer Berücksichtigung des Cystopurin, von Kurt Bebert-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 41.) Besondere Empfehlung des Cystopurin. *Arthur Schucht-Danzig.*

b. *Penis, Urethra, Blase.*

Eine neue Methode zur Operation der Hypospadie beim Manne (freie Transplantation des Ureters zum Ersatz der Urethra), von V. Schmieden-Berlin. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 90, Heft 3.) Nachdem durch eine plastische Voroperation ein ordentlicher Penisschaft gebildet worden ist, wird der Kranke zu einer Zeit bestellt, in der bei einer Hydronephrosenoperation ein menschlicher Ureter gewonnen wird, der sich zur Verpflanzung eignet. Der Ureter mufs natürlich völlig gesund sein. Der entnommene Ureter wird mehrfach in warmer physiologischer Kochsalzlösung abgewaschen und von anhaftenden Fetzen der Adventitia befreit. Dann wird ein Troikart durch den Penis des Patienten hindurchgestofsen, nachdem vorher an der Spitze der Glans ein Schnitt gemacht ist, um den Einstich zu erleichtern. Der armierte Troikart mündet dicht seitlich von der natürlichen Urethralöffnung und etwas darüber hinaus skrotalwärts. Der Stachel wird herausgezogen, der Ureter, an eine Sonde gebunden, durch die Troikartröhre hindurchgezogen und jetzt die Röhre entfernt und die Mündung mit drei bis vier feinen Seidenstichen an die Haut fixiert. Der eingepflanzte Ureter heilt völlig fest und reizlos ein; nach 14 Tagen beginnt man durch den neuen Weg steriles Öl einzuspritzen und nach vier bis fünf Wochen löst man die beiden Mündungen aus ihrer Umgebung etwas aus und bringt sie durch eine zirkuläre Naht miteinander in Verbindung. Durch Einlegung eines Dauerkatheters erwirkt man, dafs der Urinstrahl sich der neuen Bahn anbequemt.

Nach dieser Methode behandelte Sch. drei Fälle; er erreichte dabei einen vollen Erfolg und erlebte einen Mifserfolg; der dritte Fall schied inmitten eines günstigen Verlaufes eigenwillig aus der Behandlung aus. *Schourp-Danzig.*

Über funktionelle Resultate nach der Beckschen Hypospadieoperation, von Alfred Exner-Wien. (*Zentralbl. f. Chir.* 1909. Nr. 32.) Wie bekannt, besteht die Methode darin, dafs z. B. bei der Operation einer Eichelhypospadie die vorhandene Urethra mit ihrem Corpus cavernosum in ihrem vorderen Abschnitt mobilisiert und an der Spitze der Glans durch Nähte fixiert wird. Hierbei werden aber die Gefäfsverbindungen zwischen Corpus cavernosum urethrae und Glans durchtrennt. Hierdurch geht aber die normale Erektionsfähigkeit der Glans verloren und stellt sich, beim Erwachsenen wenigstens, nicht mehr ein. Bei Kindern scheint sich während der langen Wachstumsperiode eine genügende Blutversorgung der Glans wieder einzustellen. Jedenfalls wäre eine genaue Prüfung der Spätresultate der Operation an einem gröfseren Materiale wünschenswert. *Gunsett Strafsburg.*

Über einige technische Schwierigkeiten bei der Distensionsmethode für Hypospadie und andere Harnröhrenaffektionen, von Carl Beck-New York. (*New York med. Journ.* 14. Aug. 1909.) B. bespricht hier weitere Einzelheiten in der Ausführung seiner Distensionsmethode, die er nun seit neun Jahren bei Hypospadie, anderen Harnröhren-Mifsbildungen und -Defekten mit Erfolg verwendet. In erster Linie hebt er hervor, dafs er mit seiner Methode der Distension und Vorwärtsverlagerung sogar beim skrotalen Typus der Hypospadie Erfolg gehabt hat. In zweien

seiner penoskrotalen Fälle hat er bedeutende Besserung im Zustande des vorher unentwickelten Penis nach fünf bis sechs Jahren beobachtet, nachdem das eine Kind drei und das andere ein Jahr alt war zur Zeit der Operation. Je eher überhaupt diese ausgeführt wird, desto gröfser und dauernder der Erfolg, was ein von B. im Alter von drei Wochen operierter Fall beweist. Zugunsten frühzeitiger Operation spricht auch der Umstand, dafs der infantile Penis dehnbarer ist als später und die in späteren Lebensjahren so störenden Erektionen (Nahtrisse) nicht vorkommen können. B. geht so weit, zu erklären, dafs es niemals zu früh für die Operation der Hypospadie ist, und dafs es geradezu sträfliche Nachlässigkeit sei, mit der Operation bis zum Mannesalter zu warten. Für diese Zwecke, wo besonders feine Instrumente nötig sind, hat er sich ein spezielles Besteck konstruieren lassen, das der Hauptsache nach aus folgendem besteht: einem schmalen, kurzen Skalpell zur Ablösung der Harnröhre, einem langen Bistouri für die Perforation der Glans oder der Penissubstanz, zwei gezahnten Zangen, feinen stumpfen Scheren, zwei gezahnten Klemmen usw., kleinen elastischen Arterienklemmen, verschiedenen dünnen Nadeln, speziellem Nadelhalter und einem elastischen, mit einem perforierten Schild versehenen Katheter. Dieses Instrumentarium kann auch für andere feine plastische Operationen im Urogenitalapparat oder anderen Körperstellen zur Anwendung kommen. Die Anlegung des Esmarchschen Schlauches um den Penis fand B. nie notwendig, da die Blutung bei sorgfältigem, schrittweisen Vorgehen immer eine mäfsige ist. Die Mifserfolge, die bei der Distensionsmethode vorkommen können, führt B. auf ungeschickte Ausführung, wie besonders ungenügend mobilisierte Harnröhre, zurück. Sorgfältige Diät ist, zumal bei Erwachsenen, an den ersten vier bis fünf Tagen angezeigt und grofse Dosen Bromkalium meist notwendig (wegen der Gefahr der Erektionen); vor der Operation sollte für reichlichen Stuhl gesorgt werden, da nach derselben Opiate gegeben werden müssen. Freimütig bespricht B. schliefslich einige Fälle, wo ihm selbst kleine Behandlungsfehler unterlaufen sind und den Heilungsverlauf empfindlich gestört haben.

Stern-München.

Cornu cutaneum der Vorhaut infolge einer Balanoposthitis chronica, von Define. (*Giorn. internat. delle Scienze med.* Bd. XXXI, Heft 18.) D. beschreibt ein derartiges, selten vorkommendes Gebilde in Höhe von 2 cm, mit einer Basis von 3 cm. Histologisch findet sich besonders ein Vorgang von Hyper- und Parakeratose und von Hyperakanthose. *Haas-Hamburg.*

Über diabetische Balanoposthitis (Balanoposthomykosis Simon), von Oskar Scheuer. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 19.) An der Hand eines charakteristischen Falles aus der Praxis macht Verfasser auf die Balanoposthitiden aufmerksam, die bei Diabetes vorkommen. Bei Verdacht auf diabetische Balanoposthitis soll die mikroskopische Untersuchung des Vorhautsekretes nie unterlassen werden; die Diagnose wird durch die leicht nachweisbaren Pilze (Aspergillus oder Oidium albicans) sicher und leicht bestätigt werden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Zur Operation der Phimose, von Karl Gerson-Schlachtensee. (*Therapie der Gegenwart.* Okt. 1909.) Dorsale Längsinzision vom Schnürring aus, quere Vernähung der Wundränder. *Arthur Schucht-Danzig.*

Phimosenoperation, von Ernst Schlechtendahl-Barmen. (*Therapie der Gegenwart.* Nov. 1909.) Autor empfiehlt folgende Methode: Trennung des äufseren und inneren Blattes durch bogenförmigen Schnitt in der halben Circumferenz des Penis. Zurückziehen des äufseren, Spalten des inneren Blattes. Nach Abrunden der Ecken des letzteren Naht. *Arthur Schucht-Danzig.*

Sclerosis atrophica primitiva des Präputium mit Hyperkeratosis der Mucosa der Eichel und Vorhaut und Stenose der Urethra der Eichel, von

Stancanelli. (*Giorn. internat. delle Scienze med.* Bd. XXXI, Heft 22.) Klinisch eine Form von atrophischer Sklerose des Präputium, die unabhängig von entzündlichen oder neoplastischen Prozessen des Präputialsackes auftrat, während sich histologisch zeigte, dafs die Atrophie der Ausgang eines chronisch entzündlichen Prozesses von dunkler Ätiologie ist. *Haas-Hamburg.*

Induratio penis plastica und Dupuytrensche Kontraktur, von R. O. Stein-Bern. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 52.) In der deutschen Literatur findet sich bislang erst ein Fall der Koinzidenz von plastischer Induration des Penis und Dupuytrenscher Fingerkontraktur; da der betreffende Patient Gichtanfälle gehabt, andere Erkrankungen aber nicht bestanden, venerische Affektionen negiert wurden, zog Neumark, der den Fall aus der Posnerschen Klinik berichtet, den Schlufs, dafs ein Zusammenhang zwischen Gicht und der Sklerose des Gewebes bestehe. St. hat nun in der Klinik von Jadassohn einen 44jährigen Alkoholiker beobachtet, der sicher nicht an Gicht litt, ein chronisches Magenleiden hatte, das offenbar dem Potus entstammte, venerische Infektionen strikte bestritt und seit sechs Jahren an Füfsen sowohl wie Händen an sklerosierender Fasciitis litt, zu der sich seit vier Jahren eine Deformation des Gliedes gesellte, die auf die Bildung derber fibröser Stränge zurückzuführen war. St. hält die sklerosierenden Prozesse für klinisch und anatomisch zusammengehörig, kann aber als die uns zuerzeit noch unbekannte gemeinsame Ursache die Gicht als Grund dieser Beobachtung nicht anerkennen.

W. Lehmann-Stettin.

Carcinom des Penis und dessen Exstirpation, von Alexander Don. (*Edinb. med. Journ.* Juli 1909.) Carcinom des Penis ist im allgemeinen eine Krankheit des späteren Alters, wiewohl es auch bei jüngeren Leuten um die dreifsiger Jahre herum beobachtet wurde. Die gewöhnliche Form ist das squamöse Epitheliom, mehr dem Carcinom der Lippen als der Zunge gleichend; Ulceration tritt, aufser bei der granulierenden Abart, erst spät auf. Differentialdiagnostisch kann nur Syphilis in Betracht kommen: eine kurze Jodkur und mikroskopische Untersuchung kleiner exstirpierter Stückchen kann die Diagnose sichern. Was die Operation betrifft, so ist der erste Schritt die komplette Entfernung der Krebsmassen, was aber sehr häufig nur mit Amputation zu erreichen ist. Wenn die Corpora und die Harnröhre bis hinter dem Skrotalwinkel affiziert sind, so ist die Prognose schlecht, da die intraperitonealen Drüsen beinahe mit Sicherheit mitergriffen sind und eine Radikaloperation so gut wie hoffnungslos ist. Immerhin mufs eine solche versucht werden; die Harnröhrenöffnung wird dann hinter das Scrotum zu liegen kommen. Nach einer solch ausgedehnten Operation tritt meist beträchtlicher Shock auf, aber bei Anwendung der Rückenmarksanästhesie und sorgfältiger Blutstillung kann selbst bei alten, sehr geschwächten Personen Heilung erfolgen; im Gegensatz zu manchen neueren Chirurgen tritt Don für Entfernung der nächstliegenden Drüsen bei der ersten Operation ein, da ohne dieselbe baldige Rezidive mit Wahrscheinlichkeit auftreten. *Stern-München.*

Gangrän des Penis als Unfallfolge, von Siebelt-Bad Flinsberg. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 22.) Einem 74 Jahre alten Manne ist beim Holzspalten ein Holzstück gegen die Geschlechtsteile geschleudert worden. Es entstand zuerst eine Phimose und nach deren Beseitigung zeigte sich in der rechten Hälfte der Vorhautfalte ein mifsfarbiges Geschwür. Sehr bald kam es zu jauchigem Zerfall des Geschwürgrundes und im Anschlusse hieran bildete sich eine typische Gangrän aus, welche nach und nach die Glans erfafste und schliefslich auf den Penisschaft übergriff. Wider Erwarten kam es dann zu einer vollkommenen Abgrenzung, die nekrotischen Partien stiessen sich ab und dem Patienten blieb ein Teil des Penis mit der Harnröhre erhalten.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Gangrän des Penis als Unfallfolge (Dienstbeschädigung) anerkannt, von Jürgens. (*Med. Klinik* 1909. Nr. 40.) Beschreibung eines Falles von Penisgangrän bei einem Krümperkutscher, die angeblich durch das beim Pferdeputzen in den Vorhautsack eingedrungene Pferdehaar verursacht wurde.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Beitrag zur Histologie der normalen Urethra und der chronischen Urethritis des Mannes, von Hans Hübner-Frankfurt a. M. (*Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol.* Bd. 2, Heft 4.) Die histologischen Untersuchungen ergeben das normale Vorkommen von kleineren, seltener gröfseren Plattenepithelherden innerhalb des geschichteten Cylinderepithels der Harnröhre. Unterhalb dieser Plattenepithelherde sind blennorrhoische Infiltrate schwer zum Ausheilen zu bringen. Sie wandeln sich vielmehr in der Regel unter diesen Herden im Laufe der Jahre in schrumpfendes Narbengewebe, d. h. in Strikturen um. — Wenn narbige Schrumpfung im submukösen Gewebe unter Plattenepithel in der Harnröhre gefunden wird, so ist letzteres nicht durch den chronischen Entzündungsreiz aus Cylinderepithel metaplasiert, sondern vielmehr primär vorhanden gewesen und hat seinerseits die lokale Ausheilung der chronischen Entzündung verhindert. *Schourp-Danzig.*

Zur Kenntnis der nichtblennorrhoischen Urethritis, von Ernst Eitner-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 42.) Mitteilung von fünf Krankheitsfällen. Allen war gemeinsam ein von Anfang chronischer Verlauf, Neigung zu Rezidiven und Versagen der üblichen antiblennorrhoischen Behandlung. Der Bakterienbefund war insofern konform, als wenigstens in den ersten Stadien überall Kokken, und zwar meist Diplokokken gefunden wurden.

Im Einvernehmen mit C. Posners Beobachtungen bei nichtblennorrhoischer Urethritis hält E. das Vorhandensein der sogenannten Kugelkernzellen für charakteristisch für nichtblennorrhoische Urethritis, indem ihr Vorkommen in der Harnröhre auf die Pathogenität anderer Bakterien als der Gonokokken hinweist.

Bezüglich der Therapie dieser Affektion empfiehlt E. die elektrolytische Behandlung. Er läfst aber den Strom nicht durch eine Metallelektrode direkt in die Harnröhre einführen, sondern diese mit Wasserstoffsuperoxyd gefüllt und durch Fingerdruck verschlossen gehalten. In die Flüssigkeit taucht man eine dünne Platinelektrode, die den Stromschlufs vermittelt. Hierdurch wird infolge der Anspannung der Harnröhrenschleimhaut durch die Flüssigkeit und durch den gleichmäfsigen Kondukt der Behandlungseffekt zuverlässiger. *Schourp-Danzig.*

Über lokales tumorförmiges Amyloid der Harnröhre, von A. Tilp-Strafsburg i. E. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* Bd. XX, Nr. 20.) Mitteilung eines Falles dieser von den älteren Autoren als Verholzung der Organe bezeichneten, von Rokitansky speckartige Degeneration, von Virchow Amyloid genannten Veränderung der Gewebe. Es handelte sich um einen 58 Jahre alten Mann mit Lebercirrhose, dessen Harnröhrenschleimhaut und Corpora cavernosa tumorförmig von Amyloid durchsetzt waren. *Schourp-Danzig.*

Ein zu beachtender Punkt bei Verwendung der Kollmannschen Zange, von A. Maclennan-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 24. Juli 1909.) Verfasser findet es sehr nützlich, einen kleinen Gummischlauch, wie bei dem Luysschen Urinfänger gebraucht wird, über die Blätter des Dilatators zu ziehen. Das Aufziehen wird durch vorheriges Einseifen sehr leicht gemacht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Methoden, die zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen in der urologischen Abteilung des Jefferson-Hospitals in Anwendung kommen, von O. Horwitz-Philadelphia. (*Therap. Gazette.* Septbr.-Novbr. 1909.) „Die allmähliche Dehnung ist die Methode der Wahl in weitaus der Mehrzahl der Fälle, ist leicht vor-

zunehmen und im allgemeinen ohne jede Gefahr." Die allmähliche Dehnung ist indiziert in allen Fällen von frischer nachgiebiger Striktur in jedem Teile der Harnröhre; nur feste Streifennarben nahe dem Meatus oder 5—7 cm dahinter sollten mit innerer Urethrotomie behandelt werden, da sie in diesem Teile der Harnröhre oft sehr hartnäckig sind und nach der Dehnung sich schnell wieder zusammenziehen. Dagegen gibt die allmähliche Dehnung eine viel gröfsere Sicherheit bei Diabetes und vorgeschrittener Erkrankung der Nieren; ebenso bei allgemeiner Schwäche, Herzleiden oder im hohen Alter. Nicht versucht werden sollte die Dehnung bei chronischem Urethralfieber, oder wenn jede Einführung eines Instruments von Fieber gefolgt ist. Verfasser ist ein grofser Freund der Behandlung nach Lefort, noch mehr bevorzugt er aber die filiformen Bougies, die statt angeschraubt, durch die Gouleyschen Tunnelkatheter hindurchgezogen werden; er beschreibt ausführlich die Technik der Einführung, auch den bekannten Kniff, sechs bis acht filiforme Bougies nebeneinander einzuführen, bis unter leichtem abwechselndem Drehen es einem der Instrumente gelingt, den Durchgang zu finden. Vor Einführung der Instrumente ist jede Spülung der Harnröhre zu unterlassen, da dadurch leicht Spasmus hervorgerufen wird. Dagegen wird stets mit (2 %igem) Kokain anästhesiert und eine 5 %ige Jodoform-Glycerinemulsion in die Urethra injiziert, und zwar nicht nur als Prophylaktikum gegen Urethralfieber, sondern auch als Gleitmittel.

Für alle operativen Eingriffe mufs eine strikte Indikation vorliegen; die Vorteile des jeweiligen Eingriffes unter bestimmten Umständen werden ausführlich dargelegt und alle Modifikationen des operativen Eingriffs im einzelnen beschrieben.

Die innere Urethrotomie erscheint dem Verfasser in allen den Fällen angebracht, die sich zur allmählichen Dehnung nicht eignen, einmal wegen ihrer Hartnäckigkeit oder leichten Irritierbarkeit; die Frage, ob die Inzision an der unteren oder oberen Wand des Kanals zu machen sei, beantwortet er in der Weise, dafs er weite Strikturen an der unteren Wand inzidiert, während enge Strikturen an der oberen Wand eingeschnitten werden, mit Ausnahme der Verengerungen, die sich im membranösen Teile der Harnröhre finden oder an der Vereinigungsstelle von Bulbus und Pars membranacea.

Trotz des minutiösen Eingehens auf alle technischen Einzelheiten, namentlich bei operativem Vorgehen ist in dem ganzen Artikel von endoskopischer Untersuchung oder Kontrolle des Eingriffs durch das Auge nichts zu finden.

Die Elektrolyse zur Behandlung von Strikturen wird glatt abgelehnt.

W. Lehmann-Stettin.

Verschiedenes.

Zur Desinfektion der Haut mit Jodtinktur, von Ernst Unger-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 2.) Das Verfahren wird warm empfohlen der Schnelligkeit halber, da in zwei Minuten das Operationsfeld vorbereitet ist, und da, wo Erschütterungen vermieden werden müssen. Es mufs nur möglichst trocken operiert werden, da sonst die Jodtinktur abgespült wird. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Hautdesinfektion mit Jodtinktur nach Grössich in der Chirurgie, von Ugo Noferi. (*Riforma med.* 1910. Nr. 6.) Noferi teilt mit, dafs die Desinfektion des Operationsfeldes vermittels 12 %iger Lösung von Jod in Spiritus von 96° an 1300 Patienten der chirurgischen Klinik und 1000 Patienten der Poliklinik von Siena mit ausgezeichnetem Erfolge angewandt wurde. *Gunsett-Strafsburg.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 50. No. 8. 15. April 1910.

Aus dem Ambulatorium des St. Lazarus-Krankenhauses und dem Anatomisch-pathologischen Universitätsinstitut des Prosektors Dr. med. Dmochowski.

Über Epidermolysis bullosa.

Von

Dr. Felix Malinowski,
Arzt am St. Lazarus-Krankenhaus in Warschau.

Mit zwei Abbildungen im Text.

Die Epidermolysis bullosa gehört zu den seltenen Krankheiten und ist daher in bezug auf pathologische Anatomie und Ätiologie noch nicht völlig aufgeklärt.

Die Krankheit ist durch eine Tendenz der Haut zu Blasenbildung infolge unbekannter Reize oder eines Trauma charakterisiert.

Wir unterscheiden zwei Formen von Epidermolysis bullosa. Die erste, bekannt unter dem Namen Epidermolysis bullosa hereditaria oder Pemphigus héréditaire traumatique simple beginnt in der Regel sofort nach der Geburt; unter dem Einflusse von Druck, Kratzen, selbst hoher Temperaturen bilden sich Bläschen, welche später heilen, keine Spuren hinterlassen und auf den Allgemeinzustand des Kranken ohne Einfluſs bleiben. Die Disposition zur Bläschenbildung ist hereditär, an die Familie gebunden.

Die Krankheit wurde zuerst von Tilbury Fox im Jahre 1879 beschrieben, dann lieferten diesbezügliche Beiträge Goldscheider im Jahre 1882, Valentin, Joseph, Koebner, Bonajute, Payne, Elliot, Wechselmann, Hoffmann, Ledermann, Grünfeld, Russel, Michaelson, Bronson, Hallopeau, Colombini.

Die andere Form ist unter dem Namen Epidermolysis bullosa congenita, Pemphigus congenital à tendances cicatricielles, oder Pemphigus successif à Kystes épidermiques bekannt. Die Blasen treten am häufigsten gleich nach der Geburt auf, zuweilen in utero (Lesser, Legg), manchmal viel später, z. B. im Falle von Mendes da Costa im dritten Monat, im Falle Wende zwei Jahre nach der Geburt, im Falle von Bukowsky 14 Jahre nach der Geburt.

Die Blasen können entweder am ganzen Körper oder nur an gewissen Gegenden, wie an den Extremitäten oder den Schleimhäuten, auftreten (BLUMER). Zumeist infolge eines Traumas bilden sich Blasen von verschiedener Gröfse, welche heilen und zu einer Vernarbung der Haut führen, sowie zur Entstehung kleiner Cystenbläschen, zu einer Atrophie der Nägel, zuweilen selbst der Haare (WENDE, SWOBODA). Die Krankheit dauert zeitlebens, aber ihre Intensität nimmt häufig mit der Zeit ab. Sie wurde zuerst von WICKHAM LEGG im Jahre 1883 unter dem Namen Pemphigus congenitalis persistans, dann von VIDAL, BROCQ, HALLOPEAU, BALZER, LESSER, v. DÜRING, DUHRING, BOWEN, AUGAGNER, ADRIAN, RONA, PHILIPSON, BETTMANN, WENDE, BUKOWSKY, PETRINI, SWOBODA, MENDES DA COSTA, NOBL beschrieben.

Zu obiger Gruppe gehört der unten beschriebene Fall.

HELENE K. stammt aus einer gesunden Familie, in welcher ein ähnliches Leiden niemals beobachtet wurde. Sie besitzt nur einen ganz gesunden, um einige Jahre älteren Bruder. Die Kranke hat das Aussehen eines ziemlich gut genährten, aber infolge Blässe der Haut und der Schleimhäute etwas anaemischen Kindes. Einige Tage nach der Geburt bemerkte man bei dem Mädchen das Auftreten von Blasen an den Extremitäten, dann am Rumpfe und den Schleimhäuten von Mund und Wangen. Der Lieblingssitz der Blasen ist der Handteller und die Fufssohle; seltener treten dieselben am Handrücken, am Fufsrücken und an den Fingern auf; wenig Blasen sahen wir an den übrigen Körperflächen, ab und zu in der Mundhöhle. Die Blasen lassen sich künstlich durch Reiben hervorrufen. stärkeren Gehalt an Leukocyten. Auch die Wände der Gefäfse waren mit meist einkernigen Leukocyten bedeckt. LINSER machte auf eine beträchtliche Schwellung der Stachelzellen, Dilatation der Zwischenzellenräume und geringes Exsudat aufmerksam. Die Zellkerne waren gröfser und chromatinärmer. Keine Mitosen. Er fand im Bläscheninhalt zahlreiche Lymphocyten. Niemals beobachtete er Veränderungen der Nerven. Auch GOLDSCHEIDER, KÖBNER, BLUMER, ELLIOT, COLOMBINI beobachteten Blasenbildung in der Stachelschicht, welche eine mehr oder weniger ödematöse Basis der Bläschen bildet. ELLIOT fand in den Bläschen Leukocyten und Fibrin. NOBL kommt, mit Rücksicht auf den hämorrhagischen Charakter des Blaseninhaltes, zu dem Schlufs, dafs die Papillargefäfse starke Veränderungen erfahren müssen. Auch nach BETHMANN entstehen die Blasen in der Stachelschicht. Unsere Ergebnisse sind von den obigen etwas verschieden.

Zwecks anatomo-pathologischer Untersuchung wurden zwei Blasen benützt.

1. Am 8. April 1908 wurde ein Bläschen samt umgebender Haut aus dem rechten Fufsrücken entnommen, in 10%igem Formalin fixiert,

entwässert, in Paraffin eingebettet, geschnitten und wie gewöhnlich gefärbt. Am Präparat sehen wir das Bläschen und in weiter Ausdehnung die angrenzende Haut. Die Blase entspricht durchschnittlich sechs bis acht Papillen. Ihre Dicke ist von allen Epidermislagen gebildet; die Epidermis färbt sich gut; in der Mitte erscheint die Decke etwas verdünnt, ihre Zellen färben sich schwächer und haben weniger deutliche Konturen; zwischen den Epidermiszellen sieht man spärliche, meist einkernige Leukocyten. Der Boden des Bläschens ist von der Papillarschicht gebildet; die Papillen sind an der Spitze und der Basis vergröſsert, manche besitzen mehrere tiefe Epidermislagen, welche in mehrere Schichten gelagert und gut gefärbt sind. Die Papillargefäſse leicht erweitert, mit

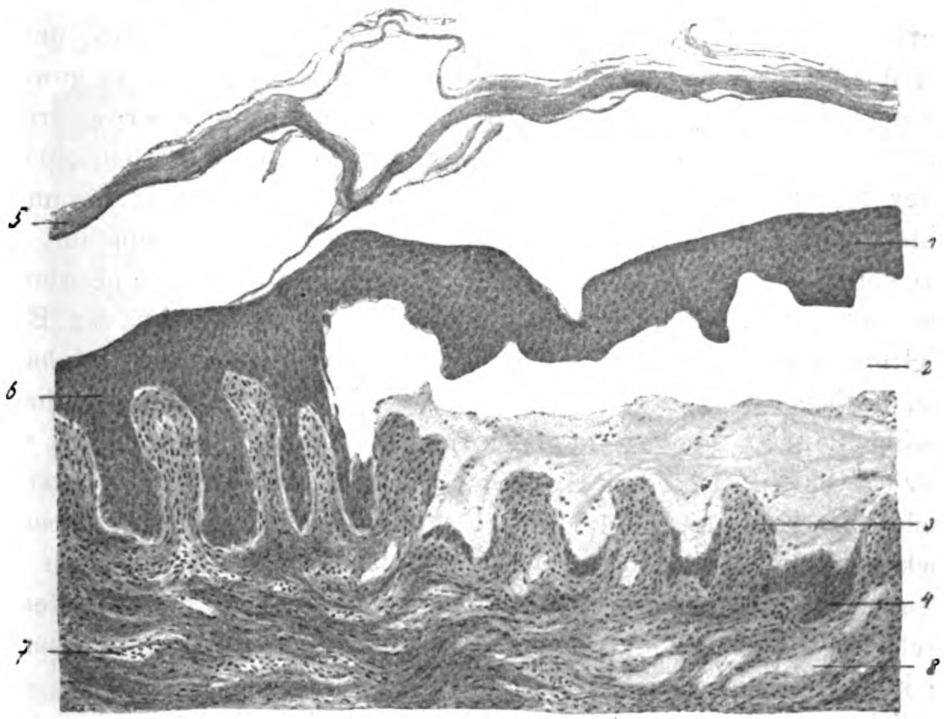


Fig. 1.

1. Blasendecke. 2. Bläschen. 3. Papille. 4. Reste eines Epithelzapfens. 5. Hornschicht. 6. Stachelschicht. 7. Subpapillarschicht. 8. Gefäſs.

einer gröſseren Zellenzahl umgeben, als normal; dazwischen meist Lymphzellen und spärliche Mastzellen. Die Papillen ödematös; das Ödem reicht selten bis in die Subpapillarschicht. Die interessantesten Veränderungen bestehen an der Seitenwand der Blase; sie beruhen auf einer Vakuolenbildung in den Stachelzellen in der Nähe der Blase. Diese Zellen enthalten groſse Vakuolen, das Protoplasma bildet die Wandschicht der Zelle und die Scheidewände zwischen den Vakuolen. Die Kerne sind etwas gröſser als normal und erfahren auch, wiewohl in geringerem Grade, eine Vakuolisation. Die Papillarschicht sieht so aus, wie

am Blasengrund. Der Inhalt der Blase besteht aus zellförmiger, zarter Masse geronnenen Eiweifses, spärlichen einkernigen Leukocyten, mehrkernigen Leukocyten, Erythrocyten; dazwischan findet man auch eosinophile Zellen.

2. Anfangs März 1909 wurde aus dem rechten Fufsrücken eine doppelt so grofse Blase gleichfalls mit beträchtlicher Hautmenge excidiert. Die Veränderungen im Bau dieser Blase gleichen den obenbeschriebenen, mit dem Unterschied, dafs an der Basis der Blase die Papillen gedehnter erscheinen (Fig. 1).

Das Ödem der Papillarschicht war stärker, die Gefäfse mehr dilatiert und von zahlreicheren Kernen umgeben; die entzündlichen Symptome in der die Blase umgebenden Haut waren weniger ausgeprägt. Die cystische Entartung (Fig. 2) betrifft nur die Basalschicht der Epidermis, und zwar nicht überall; hin und wieder wird sie unterbrochen, wobei sie gewöhnlich über der oberen Fläche der ödematösen Papille intensiver auftritt und über derselben gleichsam eine Krone von gedehnten Zwischenwänden der In der Regel bemerkt man mehrere Stunden nach dem Trauma eine leichte Rötung der betreffenden Stelle, an welcher dann ein mit durchsichtigem Inhalt gefülltes, mit einer stark gespannten Wand versehenes Bläschen auftritt. Im Laufe der folgenden Tage erreicht das Bläschen die Gröfse einer Haselnufs, einer Wallnufs und darüber; sein Inhalt wird trübe, opaleszierend, oder — infolge Beimischung von Blut — rötlich. Die Bläschen besitzen zumeist im ersten Stadium einen rötlichen Saum, welcher später verschwindet; dieser Saum ist in vielen Bläschen unbedeutend oder unsichtbar. Zuweilen berühren sich die Bläschen gegenseitig, üben einen Druck aus und bilden eine gleichsam multilokuläre Blase. Nach einigen Tagen läfst die Spannung der Oberfläche der Blase nach, letztere wird runzelig, trocknet aus und bildet an der oberflächlich geschädigten Haut eine kleine Borke. Nach Ablösung der Borke und Abblassung der gewöhnlich etwas verfärbten Hautoberfläche wird letztere etwas glänzend, was für Vernarbung der Haut spricht. An denselben Stellen können zu verschiedenen Zeiten neue Bläschen auftreten. Aufser den beschriebenen, begegnet man Bläschen mit eiterigem Inhalt, mit intensiv rotem, selbst infiltriertem Saum; zuweilen sieht man ziemlich tiefe Geschwüre. Am Zahnfleisch und der Wangenschleimhaut erreichen die Bläschen höchstens Erbsengröfse und lassen ab und zu ziemlich langdauernde Epitheltrübungen zurück. Im Laufe der fast zweijährigen Beobachtungszeit, während welcher die Patientin verschiedene Mittel, wie Fortossan, Glycerophosphat, Jecorol einnahm, hat sich das Krankheitsbild wesentlich verändert. Es bilden sich immer weniger Blasen, ihre Gröfse übertraf in der letzten Zeit selten die einer Haselnufs und sie blieben fast nur auf Fufs- und Handteller beschränkt. An diesen Stellen ist die Haut dünner, glänzend, etwas runzelig

geworden. Auch die Nägel, zumal der Zehen, wurden atrophisch, trübe, verdickt zerspalten; an manchen Zehen sieht man statt der Nägel kleine Mengen einer graugelben brüchigen Masse. Die Haare ohne Veränderungen; auch konnte ich niemals die Bildung kleiner, von vielen Autoren beschriebener Epidermiscystchen beobachten. Die Schweifsabsonderung an Händen und Füfsen bietet nichts abnormes.

Der Blaseninhalt reagiert schwach alkalisch; mikroskopisch stellt derselbe geronnenes Eiweifs dar, mit spärlichen polynukleären Leuko- und

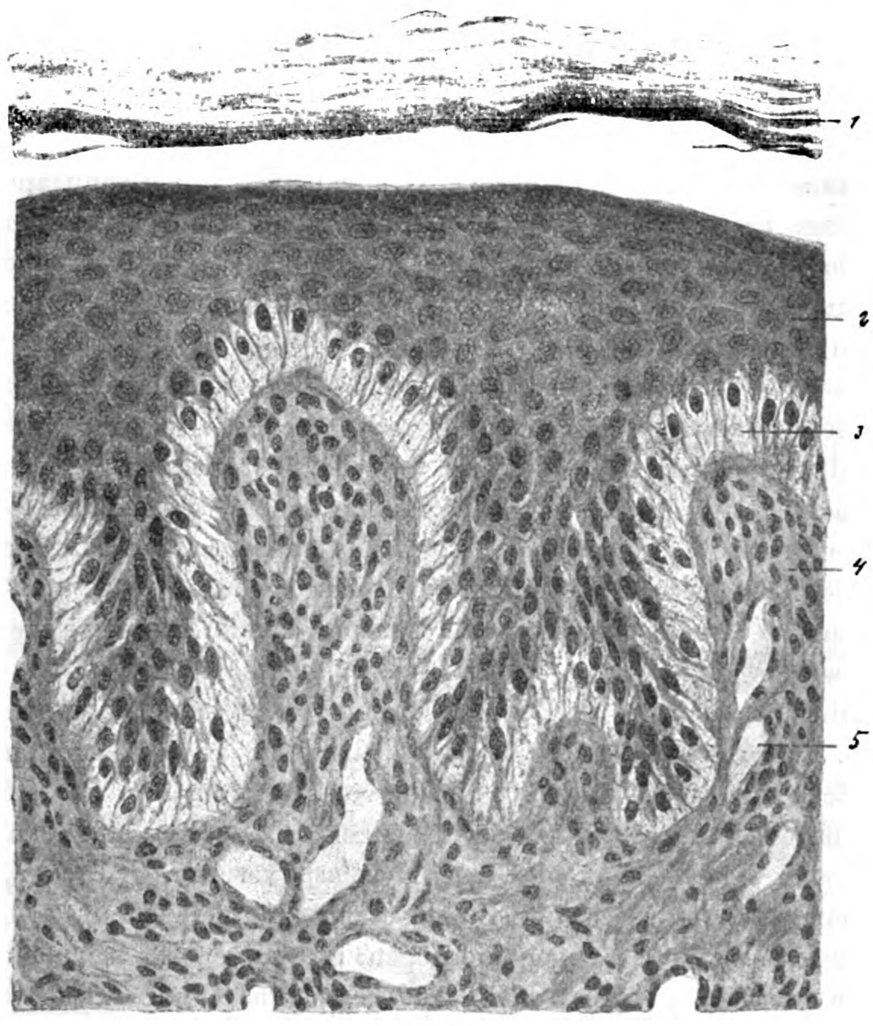


Fig. 2.

1. Hornschicht. 2. Stachelschicht. 3. Basalzellen. 4. Papille. 5. Gefäfs.

Lymphocyten, seltener mit eosinophilen Zellen. Zweimalige Impfung frischen Blaseninhaltes auf verschiedene Nährböden ergab ein negatives Resultat. Die von Dr. Serkowski ausgeführte Blutuntersuchung ergab folgendes: Erythrocyten 2500000 in 1 cbm, Hämoglobingehalt 65%. Aufser normalen zahlreiche Kernerythrocyten (Normo- und Megalo-

blasten): in einigen verschiedene Stadien der Karyokinese. An der Hyperleukocytose nehmen in gleichem Grade die Lymphocyten und mehrkernigen Neutrophilen teil (45 % + 55 %). Den Rest bilden Myelocyten (ca. 5 %) Übergangsformen und eosinophile Zellen (im Überschufs). Agglutination: das Serum agglutiniert in hohem Grade Staphylokokken (Lösung $^{1}/_{200}$); Agglutinat von Streptokokken und TBC negativ.

Anatomisch-pathologische Untersuchungen über Epidermolysis bullosa hereditaria wurden von sehr wenigen Forschern ausgeführt; ihre Resultate stimmen auch nicht untereinander. Nach Bukowsky war an allen den Bläschen und der zerkratzten Haut entnommenen Präparaten die Epidermis von der Cutis förmlich abpräpariert. Die Blasenbildung fand somit zwischen Epidermis und Papillarschicht statt. An den scharf umrissenen Papillen war keine Spur von Epidermis zu sehen. Nicht die geringste Veränderung der Gefäfse; in der Cutis keine kleinzellige Infiltration oder anderweitige pathologische Veränderungen; in den Blasen nicht die Spur eines Inhaltes. Auch Petrini fand in der Cutis keine Entzündungserscheinungen. Linser beobachtete eine Dilatation der Papillarvenen und Vakuolen bildet.

Fassen wir diese anatomopathologischen Bilder zusammen, so kommen wir zu dem Schlufs, dafs wir es hier mit einem Ödem und Exsudat in der Papillarschicht zu tun haben. Das Exsudat sammelt sich in der Basalschicht der Epidermis, in den Zellen und zwischen denselben an; die Blase entsteht zwischen der Epidermis und der Papillarschicht der Haut; die Reste der Epithelzapfen bleiben am Blasengrund.

Bezüglich der Pathogenese des Leidens existieren zahlreiche Hypothesen, welche sein Wesen jedoch nicht aufklären. Valentin meinte ursprünglich, es handele sich hier in Analogie mit dem akuten Ödem von Quincke um eine Angioneurose; dann behauptete er, dafs hier eine hereditäre Schwächung gewisser Gruppen von Wänden der Papillargefäfse auftritt, infolge derer dieselben durchlässiger sind, als die normalen. Nach Blumer und Klebs käme hier eine Dysplasia vasorum in Frage; Elliot nimmt eine angeborene Empfindlichkeit der Hautgefäfse an. Luithlen und Török nehmen Gefäfsveränderungen an, gesteigerte Empfindlichkeit derselben, und als Folge Ödem und Hyperämie mit Exsudatbildung. Köbner spricht sich in seiner letzten Arbeit für einen lockeren Zusammenhang zwischen Epidermis und Haut aus und für eine abnorm gesteigerte Loslösung der Epidermis. Dieser Theorie stimmt auch Bukowsky bei. Auch Hallopeau und Sée sind der Meinung, dafs man es hier mit einer „Adhérence imparfaite de la couche cornée, une fragilité spéciale de la couche l'épineuse (Acantholysis d'Auspitz) zu tun hat. Nach Darier kommt bei Epidermolysis bullosa eine angeborene „Malformation“ der Epidermis vor, welche das Symptom von Nikolski liefert. Berger meint, zuerst

trete ein Reiz auf, dann Hyperämie und Exsudat, welches Blasenbildung veranlaſst. LINSER betont die Abhängigkeit der Blasenbildung von übermäſsigem Schwitzen: es entsteht zunächst eine Schädigung einer gewissen Epidermispartie, vielleicht eine Nekrose gewisser Gruppen, welche in der Umgebung eine entzündliche Reizung hervorruft. PETRINI fand keine entzündliche Veränderungen der Haut und nimmt eine nervös-vasomotorische Ätiologie des Leidens an. Nach COLOMBINI enthielten die Blasen auſser Blutserum gewisse Alkaloide (Toxydermie), welche das Gewebe reizten und zu Blasenbildung führten. Mit Rücksicht auf die Symptome einer exsudativen Entzündung im gereizten Gewebe müssen wir zu dem Schluſs gelangen, daſs bei solchen Kranken die Haut eine auſserordentliche Empfindlichkeit gegen Trauma besitzt. Wir haben einen Prozeſs, welcher mit dem von mir beschriebenen Leiden analog ist: Hydroa vacciniformis; nur ist bei dem letzteren die Haut speziell gegen Sonnenstrahlen empfindlich. Welchem Umstande nun diese Überempfindlichkeit der Haut zuzuschreiben ist, bleibt vor der Hand unaufgeklärt.

Literatur.

AUGAGNEUR, Un cas de dermatite bulleuse congénitale. *Ann. de derm.* 1897. S. 665.

BALZER et ALQUIER, Dermatite bulleuse congénitale à Cystes épidermiques. *Ann. de derm.* 1900. S. 739.

BERGER, Ein Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria und seine Reaktion auf Röntgenbestrahlung. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 80.

BETTMANN, Über die dystrophische Form der Epidermolysis bullosa hereditaria. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1901. Bd. 55, S. 393.

BUKOWSKY, Ein Beitrag zur Lehre von der sogenannten Epidermolysis bullosa hereditaria. Die Regenerationsbedeutung der Retentionscysten in den Schweiſsdrüsenausführungsgängen. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 57, S. 163.

COLOMBINI, *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 30, S. 457.

HALLOPEAU, Sur une dermatose bulleuse infantile avec cicatrices indélebiles (Cystes epidermiques et manifestations buccales. *Bull. de la Soc. franç. de derm.* 1890. S 3.

HALLOPEAU et SÉE, Epiderm. bulleuse congénit. *Soc. de derm. et syph.* Avril 1909. S. 342.

KÖBNER, Bemerkungen zur neueren Literatur über Epidermolysis bullosa hereditaria *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 70, S. 195. *La pratique dermat.* Bd. III.

LINSER, Über die Epidermolysis bullosa hereditaria und ihren Zusammenhang mit der RAYNAUDschen Krankheit. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 89.

MENDES DA COSTA u. J. W. VAN DER VALK, Typus maculatus et bull. hered. dystroph. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 91, S. 3.

NOBL, Dystroph. bull. congen. *Iconographia dermat. Fasc.* III.

PETRINI-Galatz, Contribution à l'étude clinique et histopatholog. de l'epidermolyse bulleuse dystrophique et congenit. *Ann. de derm. et syph.* 1906. S. 766.

RONA, Zwei Fälle von Epidermol. bullosa. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1899. Bd. 50, S. 339.

VALENTIN, Zur Kasuistik d. Epidermolysis bull. hered. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. 78.

Die Messung der Radium- und Röntgenstrahlen.[1]

Von

Privatdozent Dr. H. GREINACHER-Zürich.

Mit einer Abbildung im Text.

(Fortsetzung und Schlufs.)

II. Bestimmung des Strahlencharakters.

An die Methoden der Intensitätsbestimmung anschliefsend, wollen wir nun zur Bestimmung der Strahlenqualität übergehen. Hier kann man wiederum alle Eigenschaften und Wirkungen benutzen, die in irgendeinem Zusammenhang mit dem Strahlencharakter stehen. Wir werden jedoch jene Methoden ausscheiden, die zu umständlich sind oder keine genaue Messung zulassen.

Am einfachsten ist es, eine Strahlung durch die Absorption zu definieren, welche sie in einer bestimmten Materie und von ganz bestimmter Dicke erleidet. Es ist dies ein Verfahren, das sich wohl auf sämtliche Radiumstrahlen als auch auf die Röntgenstrahlen anwenden läfst. Da jedoch die Gesetze der Absorption und ferner die übrigen Methoden zur Qualitätsbestimmung variieren, so ist es angebracht, die einzelnen Strahlen für sich zu betrachten.

α-Strahlen.

Die α-Strahlen besitzen die Eigentümlichkeit, dafs sie nach Durchlaufen einer ganz bestimmten Luftschicht ihre Ionisierungsfähigkeit verlieren. Je gröfser dabei die Anfangsgeschwindigkeit der Teilchen ist, um so gröfsere Strecken können sie durchlaufen. Man hat gefunden, dafs dieser Wirkungsbereich für die bis jetzt bekannten Radioelemente etwa zwischen 2,5 bis 8,6 cm variiert. Die α-Teilchen jedes radioaktiven Elements haben, wie hier bemerkt sei, eine ganz bestimmte Reichweite, so dafs die Messung dieser Gröfse nicht nur ein Mafs für die Durchdringungsfähigkeit abgeben kann, sondern sich auch zur Bestimmung der radioaktiven Substanz selbst verwenden läfst.

Nach allem kann die Reichweite als Mafs für die Durchdringungsfähigkeit der α-Strahlen angesehen werden. Die Messung nach dieser Methode kommt darauf hinaus, die Distanz zu bestimmen, wo die α-Teilchen ihre ionisierende Wirkung verlieren. Dies kann etwa so geschehen, dafs man einen Luftkondensator verwendet, der aus einer Metallplatte und

einem Drahtnetz besteht. Letzteres dient dazu, die α-Teilchen ohne Absorption einzulassen. Durch allmähliches Entfernen des radioaktiven Präparates vom Drahtnetz kann man dann ohne Schwierigkeit feststellen, in welchem Moment keine Ionisierung mehr im Kondensator erfolgt, wann also die α-Teilchen gerade nicht mehr zu den Maschen eindringen. Es sei jedoch bemerkt, daſs man noch eine besondere Schutzvorrichtung anbringen muſs, damit keine auſserhalb des Drahtnetzes gebildeten Ionen in den Kondensator eindringen und dadurch das Resultat fälschen.

Obschon nun ein radioaktives Element nur α-Teilchen bestimmter Durchdringungsfähigkeit aussendet, so bekommt man im allgemeinen doch keine homogenen Strahlen. Derjenige Teil, der aus dem Innern herauskommt, erfährt, ehe er an die Luft austritt, eine Verringerung seiner Geschwindigkeit. Es sind daher in einem Strahlenbündel alle Arten vertreten vom Durchdringungsvermögen 0 bis zu dem gleich der Reichweite. Auf die Bestimmung hat dies nun offenbar keinen Einfluſs. Es läſst sich jedoch die Inhomogenität der Strahlen leicht vermeiden, wenn man genügend dünn ausgebreitete radioaktive Schichten verwendet, so daſs dann alle Strahlen ungehindert austreten können. Des weiteren wird man für den Fall der Reichweitebestimmung mit Vorteil möglichst parallele α-Strahlenbündel verwenden.

Hat man es zum vornherein mit ungleichen α-Strahlen zu tun, so erhält man durch Bestimmung der Reichweite nur die Härte der durchdringendsten Strahlen. Es ist in diesem Falle daher vorzuziehen, man greife zu Absorptionsmengen, welche die mittlere Härte eines solchen Bündels zu bestimmen erlauben. Dabei ist es wichtig, daſs man das Absorptionsgesetz der α-Strahlen kennt. Gehen diese durch irgendwelche Substanzen hindurch, dann erfahren sie eine Verringerung ihrer Geschwindigkeit. Da jedoch die Teilchen vollzählig hindurchgehen, so findet keine Absorption im wahren Sinne des Wortes statt. Nur, wenn sich die Geschwindigkeit auf jenen Betrag verringert hat, welchen die Teilchen am Ende der Reichweite besitzen, bleiben sie alle miteinander stecken. Diese Endgeschwindigkeit besitzt bemerkenswerter Weise noch den sehr hohen Betrag von $0{,}8 \cdot 10^9$ cm/sec.

Was wir also im Kondensator messen, das ist die Anzahl der Ionen, welche die α-Teilchen bilden, wenn ihre Geschwindigkeit vom Anfangswert auf diesen kritischen Endwert heruntersinkt. Bringen wir eine absorbierende Schicht vor den Kondensator, so wird die Geschwindigkeit der Teilchen durch diese in ganz bestimmter Weise herabgesetzt. Infolgedessen können die α-Teilchen im Kondensator keinen so groſsen Weg mehr zurücklegen. Wir bekommen daher dementsprechend weniger Ionen. Wir erniedrigen mit anderen Worten durch jede absorbierende Substanz die Reichweite der α-Teilchen von einem Werte r_0 auf r. Was wir als Absorption be-

zeichnen und messen, das ist die Anzahl der Ionen, die ein α-Teilchen bildet, wenn seine Reichweite von r_0 auf r sinkt dividiert durch die Gesamtzahl von Ionen, wenn seine Reichweite von r_0 auf o sinkt. Die so gemessene Absorption ist keine konstante, denn sie hängt ganz davon ab, an welcher Stelle der Flugbahn sich die absorbierende Schicht befindet. Man kann aber eine Absorptionskurve aufstellen. Dies geschieht so, daſs man die radioaktive Substanz in verschiedene Abstände vom Kondensator bringt und jedesmal miſst, welche Absorption ein bestimmtes Metallblech hervorruft. Letzteres legt man dabei direkt auf den Kondensator. Am besten verwendet man hierzu wiederum parallele Strahlen. Man kann dann eine Kurve zeichnen, die als Abszisse die Länge der Flugbahn im Kondensator enthält, und als Ordinate die Absorption, wenn man das absorbierende Metallblatt auflegt. Läſst man jetzt die unbekannten α-Strahlen einfallen und miſst die Absorption durch dasselbe Metallblech, so kann man ohne weiteres aus der Kurve die zugehörige Reichweite der eindringenden Strahlen aus der Kurve entnehmen. Will man dann etwa die gesamte Reichweite der von der radioaktiven Substanz ausgehenden α-Strahlen wissen, so hat man nur noch den Abstand Kondensator — radioaktive Substanz hinzuzuzählen. Es ist klar, daſs die Absorptionskurven nur für die verwendeten Metallblätter, praktisch etwa 0,005 bis 0,01 mm Al, gelten. Es sei indes erwähnt, daſs man die Absorption verschiedener Metalle aufeinander umrechnen kann.

Die eben ausgeführte Betrachtung gilt streng nur für homogene α-Strahlen. Es läſst sich jedoch leicht einsehen, daſs sie bis zu einem gewissen Grade auch für ungleichförmige Strahlen anwendbar ist. Für diesen Fall ist sie jedenfalls geeigneter als die Bestimmung der Reichweite.

Will man jedoch letztere verwenden, so kann man auch mittels Fluoreszenzschirm und photographischer Platte vorgehen. Szintillation und photographischer Eindruck erlöschen nahezu am selben Punkt wie die Ionisation. Da die Werte jedoch nicht ganz genau übereinstimmen, so fügt man bei exakten Messungen jeweils bei, nach welcher Methode die Reichweite gefunden ist.

Damit bleibt uns noch einiges über die Geschwindigkeit zu sagen übrig. Rutherford hat eine sehr einfache, empirisch ermittelte Formel zur Berechnung derselben angegeben. Hat man die Reichweite r einer Substanz bestimmt, dann ist die Anfangsgeschwindigkeit der α-Teilchen durch den Ausdruck gegeben

$$v = 0{,}717 \cdot 10^9 \sqrt{1{,}25 + r}$$

Für $r = o$ bekommt man hieraus die Geschwindigkeit der Teilchen am Ende der Reichweite, d. h. die sog. kritische Geschwindigkeit. Eine direkte Bestimmung von v durch elektrische und magnetische Ablenkung

der α-Strahlen gehört zu den schwierigeren Messungen, da die α-Teilchen nur sehr schwer in ihrer Bahn beeinflufst werden. Leichter ist dies möglich bei den

β-Strahlen.

Hier unterliegt die Bestimmung des Strahlencharakters durch Messung der Geschwindigkeit keinerlei Schwierigkeit. Bewegt sich ein β-Strahlenbündel zwischen zwei so grofsen Magnetpolen, dafs die magnetische Kraft überall gleich grofs ist, so werden die Strahlen zu einem Kreise gekrümmt. Dabei ist allerdings vorausgesetzt, dafs die Anfangsrichtung der Strahlen senkrecht zur magnetischen Kraft verläuft. Aus dem Radius der entstandenen Kreisbahn kann man nun ohne weiteres auf die Geschwindigkeit der β-Teilchen, d. h. der Elektronen schliefsen.

Um den Krümmungsradius zu bestimmen, bringt man eine radioaktive Substanz in das Magnetfeld und nähert ihr eine Ionisierungskammer. Solange diese sich in einer Entfernung befindet, die gröfser ist als der Radius der Kreisbahn, kann man keine Ionisierung im Kondensator erkennen. Durch Absuchen der Distanz, wo eine solche gerade beginnt, wird man also den Kreishalbmesser finden können. Das Verfahren erinnert dabei offenbar an die Bestimmung der Reichweite bei den α-Strahlen.

Man wird zwar infolge der nicht ablenkbaren γ-Strahlen stets eine gewisse Ionisierung beobachten. Den Abstand, wo die β-Strahlen zu wirken beginnen, erkennt man daher, genauer gesagt, durch eine Zunahme der Ionisierung. Es ist klar, dafs man den Kondensator auch in einen bestimmten Abstand vom Präparat bringen und nun das Magnetfeld passend verändern kann.

Um aus der einen oder anderen Messung die Geschwindigkeit v zu berechnen, hat man zu beachten, dafs bei der Kreisbahn der β-Teilchen sich Zentrifugal- und Zentripetalkraft (magnetische Kraft) das Gleichgewicht halten. Es ist daher, wie sich leicht zeigen läfst,

$$\frac{m v^2}{r} = H e v$$

Dabei bedeuten:

m die Masse, welche man dem Elektron zuzuschreiben hat,
r den Kreisradius,
H die magnetische Feldstärke,
e die Ladung eines Elektrons.

Daraus folgt

$$v = \frac{r H e}{m}$$

r und H werden gemessen. $\frac{e}{m}$, d. h. das Verhältnis von Ladung und

Masse eines Elektrons ist auch bekannt (17,6 Millionen elektrostatische Einheiten). Es läfst sich daher v in Zentimetern pro Sekunde angeben.

Man darf dabei allerdings nicht vergessen, dafs die Masse des Elektrons m mit steigender Geschwindigkeit zunimmt. Wenn man daher für $\frac{e}{m}$ 17,6 Millionen einsetzt, so bekommt man nur einen Näherungswert v'. Rechnet man sich aber zunächst diesen Näherungswert v' aus und sieht das zugehörige m in Tabellen nach oder rechnet es sich nach der Formel aus, dann kann man v genauer bekommen. Man braucht nur nach der oben angeführten Beziehung nochmals zu rechnen, wobei man jetzt das neue m einsetzt. Sollte der Wert noch nicht genügend genau sein, so kann man dasselbe Verfahren nochmals wiederholen.

Die eben beschriebene Methode läfst sich im übrigen nur für gleichartige β-Strahlen verwenden. Sind diese, wie es häufig der Fall ist, inhomogen, so benutzt man auch hier zur Härtebestimmung besser Absorptionsversuche. Solche spielen des weiteren auch insofern eine hervorragende Rolle, als man auf diese Weise am einfachsten und raschesten zum Ziele kommt.

Die Absorption, welche β-Strahlen in einer bestimmten Substanz erleiden, mifst man wiederum in ähnlicher Weise, wie bei den α-Strahlen: Man läfst ein β-Strahlenbündel in einen Plattenkondensator einfallen und mifst die Ionisierung einmal unter Weglassen und einmal unter Vorschalten der absorbierenden Schicht. Man hat gefunden, dafs die so gemessene Absorption einem einfachen Gesetze folgt. Bezeichnet man die Ionisierung vor und nach der Absorption mit I_o und I und ist d die Dicke der absorbierenden Schicht, so ist

$$I = I_o\, e^{-\lambda d},$$

wobei e die Basis des natürlichen Logarithmus bezeichnet. λ ist eine für jede Substanz charakteristische Konstante und gibt ein Mafs für die absorbierte Strahlenmenge. Diese Gröfse bezeichnet man gewöhnlich als Absorptionskoeffizient. Nimmt man für die Versuche stets dasselbe absorbierende Material, am praktischsten Aluminium, so hängt λ nur noch von der Art der β-Strahlen ab und kann zur Angabe der Durchdringungsfähigkeit benutzt werden. Je gröfser λ gefunden wird, um so absorbierbarer sind die Strahlen, um so weicher sind sie. Da diese Gröfse jedoch keine direkte Anschauung von der Stärke der Absorption gibt, so zieht man es häufig vor, sie durch eine andere gleichbedeutende zu ersetzen. Man kann nämlich auch die Halbierungsdicke angeben, d. h. diejenige Dicke eines Metalls, welche nötig ist, um die Strahlen zur Hälfte zu schwächen. Beide Angaben stehen in einem einfachen Zusammenhang und lassen sich ohne weiteres aufeinander zurückführen. Setzen wir in obiger Formel für

$I = {}^1/_2\, I_0$, so kommt für die Halbierungsdicke, die mit d' bezeichnet sei, heraus

$$d' = \frac{\overset{e}{\log}\, 2}{\lambda} = \frac{0,6931}{\lambda}.$$

Die Einheit, in der d' ausgedrückt wird, ist gewöhnlich das Zentimeter und diejenige für λ daher entsprechend das reziproke Zentimeter.

Zur Bestimmung dieser Gröſsen kann man im übrigen parallele oder allseitige β-Strahlen verwenden. Bemerkenswert ist es ferner, daſs man dasselbe Absorptionsgesetz bekommt, ob man die Absorption durch Ionisation oder durch die von den β-Strahlen fortgeführte elektrische Ladung bestimmt. Ohne auf diese Methode näher einzugehen, zeigt dies doch, daſs die Absorption der β-Strahlen im Gegensatz zu den α-Strahlen eine wahre ist, indem hier tatsächlich Teilchen (mit ihrer Ladung) in der absorbierenden Schicht stecken bleiben. Auſser dieser wahren Absorption findet, wie die Versuche gezeigt haben, kein nennenswerter Geschwindigkeitsverlust der durchgehenden β-Teilchen statt. Infolgedessen ist es auch zu verstehen, warum sowohl durch Ionisation als durch Messung der Ladung dieselbe Absorption gefunden wird. Da in den Meſskondensator stets β-Strahlen gleicher Geschwindigkeit eintreten, ob diese vorher schon absorbierende Schichten durchlaufen haben oder nicht, so hängt die Ionisierung eben nur noch von der Zahl der β-Teilchen ab. Letztere ist aber mit der Zahl der transportierten Elementarladungen identisch. Es ist auch leicht einzusehen, daſs es bei diesen Messungen nicht auf totale Absorption der Strahlen im Kondensator ankommt.

Es erweist sich jedoch aus den noch folgenden Gründen als zweckmäſsig, wenn man dem Meſsgefäſs etwa halbkugelige Form gibt. Die Strahlen läſst man dann durch die Mitte des ebenen Bodens eintreten. Als zweite Elektrode dient ein isoliert in die Halbkugel eingelassener Drahtring. Es ist nämlich zu bedenken, daſs die β-Strahlen in allen Körpern nicht nur eine Absorption erleiden, sondern auch eine Zerstreuung. Läſst man ein zunächst paralleles β-Strahlenbündel auf ein Aluminiumblech von nur 0,015 cm Dicke auffallen, so treten die Strahlen auf der anderen Seite bereits gleichmäſsig nach allen Richtungen aus. Die Strahlen werden durch die Materie, wie man sagt, diffus zerstreut.

Man ersieht jetzt auch leicht den Vorteil des Halbkugelkondensators. Die Strahlen, die auf die Mitte des Bodens fallen, gehen stets nach allen Seiten. Da sie aber sämtlich radiale Richtung haben und daher gleiche Wege bis zur Kugelfläche zurücklegen, so übt jedes β-Teilchen dieselbe ionisierende Wirkung aus. Die Ionisierung gibt daher ein genaues Maſs für die Anzahl der β-Teilchen.

Die diffuse Zerstreuung der β-Strahlen ist noch in anderer Hinsicht bemerkenswert, insofern, als sie zum Teil auch nach rückwärts erfolgt. Ein Teil der Strahlen bewegt sich daher den ankommenden β-Strahlen entgegen und wird vom absorbierenden Medium reflektiert. Man bezeichnete diese reflektierten Strahlen ehedem als sekundäre β-Strahlen, von der Annahme ausgehend, daſs man es mit neugebildeten Strahlen zu tun habe. Heute ist man aber der Ansicht, daſs es sich tatsächlich nur um eine diffuse Reflexion an den Molekülen handelt und daſs man eigentliche sekundäre β-Strahlen überhaupt nicht hat oder doch nur in sehr geringer Menge.

Von diesem Standpunkt aus muſs uns nun auch die Absorption der β-Strahlen in einem neuen Lichte erscheinen. Lassen wir ein Strahlenbündel auf ein Metallblech auffallen, so wird nicht nur ein Teil desselben im Material absorbiert, ein Teil wird auch reflektiert. Wenn wir daher den durchgehenden Strahlenanteil messen, so bekommen wir nicht die wahre Absorption, sondern den gemeinsamen Verlust an Strahlen durch Absorption und Reflexion.

Nun hängt die Reflexion, wie leicht einzusehen, von der Dicke des Metallbleches ab, und zwar in der Weise, daſs wir mit zunehmender Dicke auch immer mehr reflektierte Strahlen bekommen. Erst von einer gewissen Dicke an wird die Reflexion nicht mehr zunehmen können, da die aus einer gewissen Tiefe reflektierten Strahlen schlieſslich nicht mehr herauskommen. Diese Erscheinung ist der Grund dafür, daſs das oben genannte Absorptionsgesetz, das man eigentlich besser als Durchlässigkeitsgesetz bezeichnen würde, für dünne Metallschichten nicht genau gilt, nämlich so lange, als die Reflexion noch nicht die maximale geworden ist. Um den Koeffizienten λ zu bestimmen, darf man daher nicht zu dünne Metallschichten verwenden (mindestens 0,1 mm Al).

Daſs man in Wirklichkeit nicht die wahre Absorption miſst, sondern diese gemeinsam mit der Reflexion, hat für die praktische Bestimmung der Härte nichts zu bedeuten. Auch kann man aus λ jederzeit den wahren Absorptionskoeffizienten α berechnen. Bedeutet p den Bruchteil der Strahlen, den eine Metallschicht von groſser Dicke (also bei maximaler Reflexion) reflektiert, so hat man die Beziehung

$$\alpha = \lambda \cdot \frac{1-p}{1+p}.$$

Dieser Ausdruck läſst auch ohne weiteres ersehen, daſs α kleiner ist als λ. Der wahre Absorptionskoeffizient α ist darum wichtig, weil er die mit einem bestimmten Metall gewonnenen Versuchsergebnisse ohne weiteres auf andere Metalle umrechnen läſst. Nach H. W. SCHMIDT ist nämlich der Ausdruck $\frac{\alpha}{D}\sqrt[3]{A}$ eine Konstante, wobei mit D die Dichte, mit A

das Atomgewicht der absorbierenden Substanz gemeint ist. Daraus läfst sich α, wenn es für irgendein Metall, z. B. Blei bekannt ist, auch ohne weiteres für ein anderes, z. B. Aluminium umrechnen. Die genannte Konstante hat natürlich für β-Strahlen verschiedener Geschwindigkeit auch verschiedene Werte. Sie ist für die Strahlen des Actiniums (Act. C) bestimmt worden und beträgt etwa 24.

Im allgemeinen ist es am praktischsten, die Härte durch Messung des Koeffizienten λ zu bestimmen. Zu dem wesentlichen Grunde, dafs diese Gröfse leicht zu messen ist, kommt noch der Umstand, dafs sich ein kleiner Unterschied im Charakter der β-Strahlen sehr schnell durch eine Veränderung von λ anzeigt. Die Geschwindigkeit der Strahlen braucht sich selbst nicht merklich zu ändern, so macht sich schon eine Änderung in der Absorption bemerkbar.

Die Beziehung zwischen der Geschwindigkeit und der Absorption der β-Strahlen ist im übrigen noch nicht exakt ermittelt. Man kann sich jedoch auf Grund der heutigen Daten eine ungefähre Kurve ziehen, die als Abszisse etwa λ, als Ordinate v enthält und kann dann aus dieser jeweils die zusammengehörigen Werte entnehmen. Auf diese Weise ist es möglich, die einen Angaben auf die anderen zu beziehen.

Erwähnen wir noch, dafs auch die oben genannte Reflexion zur Bestimmung der Strahlenhärte benutzt werden könnte. Denn auch diese Erscheinung hängt ja nicht nur vom reflektierenden Metall (dem Radiator), sondern von der Qualität der β-Strahlen ab. Indessen ist diese Beziehung bis jetzt noch nicht benutzt worden.

Die γ- und Röntgenstrahlen.

Um den Charakter dieser Strahlen zu bestimmen, greift man ebenfalls am besten zu Absorptionsmessungen. Als neues Moment kommt jedoch hinzu, dafs neben einer Absorption und Diffusion hier stets auch eine Erzeugung von Sekundärstrahlen stattfindet. Die γ-Strahlen erzeugen überall, wo sie auf Materie stofsen, Strahlen derselben Art, nur etwas weicher und überdies eigentliche β-Strahlen; die Röntgenstrahlen entsprechend sekundäre Röntgenstrahlen und rasche Kathodenstrahlen (ganz langsame β-Strahlen).

Der Einflufs dieser Sekundärstrahlen läfst sich nun nicht vermeiden, auch nicht, wenn man die früher erwähnte seitliche Bestrahlung verwendet. Denn, hat man ein paralleles Strahlenbündel, das ohne die Kondensatorplatten zu treffen, zwischen diesen hindurchgeht, so bekommt man doch sofort diffuse Strahlen, sobald man eine absorbierende Schicht einschaltet. Und damit erscheinen dann auch wieder die Sekundärstrahlen an den Platten. Je nach der Mefsanordnung kann man daher verschiedene Resultate bekommen.

Besonders geeignet ist auch hier die Halbkugelform des Kondensators. Legt man die absorbierenden Schichten direkt auf den Boden des Kondensators, so ist man sicher, daſs man sowohl alle durchgehenden (also auch die diffus zerstreuten) Strahlen erhält sowie sämtliche Sekundärstrahlen. Da zugleich alle Strahlen Wege von derselben Gröſse, nämlich gleich dem Kugelradius machen, so wirken alle in gleicher Weise zur Ionisierung mit. Allerdings wird auch an der Kugelwand eine Sekundär- bzw. Tertiärstrahlung entstehen, so daſs die Resultate auch von der Natur des gewählten Wandmaterials abhängen. Man wird daher stets angeben, aus welchem Metall der Kondensator hergestellt ist. Empfehlenswert ist es immerhin, man vermindert überhaupt den Einfluſs der Kugelwandung, indem man eine Substanz von geringer Sekundärwirkung, z. B. Aluminium verwendet, das man überdies ziemlich dünn nimmt. Andererseits wird man auch den Boden, wenigstens an der Eintrittsstelle der Strahlen, möglichst dünn und aus leichtem Metall herstellen (etwa 0,001 mm Aluminium). Durch eine so geringe Schicht werden die Strahlen kaum modifiziert.

Für die γ-Strahlen verwendet man praktisch Blei als absorbierendes Material, während andererseits für die Röntgenstrahlen, die ja weniger durchdringend sind, das durchlässigere Aluminium zweckmäſsiger ist. Man gibt wiederum, wie bei den β-Strahlen, den Absorptionskoeffizienten an. Denn auch hier hat es sich gezeigt, daſs die Absorption nach einem reinen Exponentialgesetz verläuft, wenigstens für homogene Strahlen. Sind diese gemischt, dann ist die Absorption spezifisch gröſser bei dünnen Metallschichten als bei dicken. Die weicheren Strahlen werden durch die ersten Schichten absorbierenden Materials bereits stark geschwächt. Bald bleiben nur noch die durchdringenderen Strahlen zurück, die nun natürlich keine so starke Absorption mehr erleiden. Daher scheint die Absorption mit zunehmender Schichtdicke kleiner zu werden.

Dies trifft z. B. für die Radiumstrahlen zu, die im wesentlichen zwei verschiedene Arten γ-Strahlen enthalten. Homogene Strahlen liefert hinwiederum das Uran, das eben nur ein einziges γ-strahlendes Produkt aufweist. Auch aus den Radiumsalzen kann man einzelne γ-Strahlenquellen trennen. So liefert der Bestandteil, der unter dem Namen Radioblei bekannt ist, homogene Strahlen.

Es versteht sich von selbst, daſs man bei der Untersuchung der γ-Strahlen die übrigen Strahlen ausschlieſsen muſs. Für die α-Strahlen hält dies nicht schwer, da diese schon durch papierdünne Schichten zurückgehalten werden. Auch die β-Strahlen lassen sich durch Absorption entfernen, wobei man allerdings auch die weichen γ-Strahlen verliert. Soll dies vermieden werden, so lenkt man die β-Strahlen durch den Magneten ab.

Bei den Röntgenstrahlen kommen solche Vorsichtsmaſsregeln in Wegfall, da diese von keinen störenden Strahlen begleitet werden. Da diese anderer-

seits meist in viel grösserer Intensität vorhanden sind als die Radiumstrahlen, so lassen sich neben der elektrischen Methode auch die fluoroskopische und photographische mit Vorteil verwenden. Dies um so eher, als letztere für Absorptionsmessungen leicht zu exakten Methoden umgearbeitet werden können.

Setzt man z. B. auf einen Fluoreszenzschirm zwei verschiedene Metallstücke, so kann man die Dicke der beiden so wählen, daſs die Fluoreszenz unter beiden gleich hell ist. Man vergleicht daher nicht verschiedene Lichtintensitäten miteinander, was von den bereits früher genannten Fehlerquellen begleitet ist, sondern man benutzt die Fluoreszenz nur zur Beobachtung der Gleichheit. Wenn nun die Härte der Strahlen sich ändert, so wird die Fluoreszenzhelligkeit allerdings wieder verschieden ausfallen; denn die Absorptionskoeffizienten zweier Metalle stehen keineswegs für alle Strahlen im selben Verhältnis zueinander. Man wird nun aber die Helligkeit wieder gleich machen können, wenn man die Dicke des einen Metallstücks entsprechend ändert. Die Gröſse dieser Dickenänderung gibt dann offenbar ein Maſs für die Härtezunahme der Strahlen.

Bei dieser Methode läſst sich, wie sofort ersichtlich, statt des Fluoreszenzschirmes auch die photographische Platte verwenden. Diese Modifikation wird dann von Vorteil sein, wenn man schwache Strahlen zu messen hat, ist also insbesondere auch für die γ-Strahlen anwendbar.

Da ferner das photographische Verfahren zu den akkumulativen gehört, so läſst sich die Messung noch in etwas anderer Weise ausführen. Man exponiert einen Teil der photographischen Platte eine bestimmte Zeit den direkten Strahlen, z. B. eine Minute. Auf den übrigen Teil der Platte setzt man die absorbierende Metallscheibe und läſst die Strahlen so lange einwirken, bis sie auch unter dem Metall dieselbe Schwärzung hervorgerufen haben. Dann verhalten sich die Strahlenintensitäten vor und nach Passieren der Metallschicht genau umgekehrt wie die Expositionszeiten.

Die Schwierigkeit des Verfahrens liegt allerdings darin, daſs man zunächst nicht weiſs, wann derselbe Grad der Schwärzung erreicht ist. Man muſs daher so vorgehen, daſs man die Metallscheibe an verschiedene Stellen der photographischen Platte bringt und eine Reihe von Kopien mit verschieden langer Expositionsdauer herstellt. Man sieht dann nach, welche von diesen dieselbe Schwärzung aufweist wie das direkt bestrahlte Feld der Platte. Auch kann man sich leicht einen kontinuierlichen Streifen herstellen, der alle Eindrücke von der Expositionszeit Null bis mehreren Minuten enthält. Dies läſst sich durch einen einfachen Mechanismus, etwa ein Uhrwerk, erreichen, indem dieses eine Blende mit gleichförmiger Geschwindigkeit über die photographische Platte bewegt, dadurch einen Streifen mit gleichmäſsig zunehmender Expositionszeit erzeugend. Man

findet dann leicht diejenige Stelle des Streifens, der dieselbe Schwärze zeigt, wie der direkt belichtete Teil der Platte.

Während die Absorptionsmessungen allgemeine Anwendung bei γ- und Röntgenstrahlen gefunden haben, so gibt es auch hier gewisse besondere Verfahren zur Bestimmung des Strahlencharakters. Das folgende basiert auf dem eigenartigen Verhalten der Sekundärstrahlen. Es hat sich gezeigt, daſs die sekundären Röntgenstrahlen, die an einem Metall, überhaupt an irgendeinem chemischen Element entstehen, homogen sind, was es vermuten läſst, daſs dieses Phänomen eine sog. Resonanzerscheinung ist. Diese Anschauung wird durch die weitere Tatsache bestätigt, daſs Sekundärstrahlen nur dann ausgelöst werden, wenn die erregenden primären Strahlen härter sind als die für die betreffende Substanz charakteristischen Sekundärstrahlen. In dem Maſse, wie die Intensität der letzteren anwächst, nimmt auch die Absorption der primären Röntgenstrahlen beträchtlich zu. Die Erscheinung erinnert ganz an die Erregung der Fluoreszenz durch Lichtstrahlen. Diese findet im allgemeinen auch nur dann statt, wenn die erregenden Strahlen rascher vibrieren als die hervorgerufenen Fluoreszenzlichtwellen.

Im Prinzip könnte man nun folgendermaſsen an die Härtebestimmung der Röntgenstrahlen herangehen: Man verschafft sich eine Anzahl von Substanzen (chemisch einheitliche Körper) und ordnet sie in eine solche Reihe, daſs jede folgende härtere Sekundärstrahlen aussendet als die vorhergehende. Indem man nun beobachtet, von welchem Körper an die Aussendung von Sekundärstrahlen kräftig einsetzt, bekommt man Aufschluſs über die Härte der erregenden Strahlen. Das Verfahren hat offenbar groſse Ähnlichkeit mit akustischen Resonanzversuchen, wo man ebenfalls durch eine Reihe von Resonatoren (z. B. HELMHOLTZsche Kugelresonatoren) den Grundton eines Klanges herausfinden kann.

Das Vorhandensein intensiver Sekundärstrahlen läſst sich im übrigen ohne Schwierigkeit nachweisen. Es zeigt sich dies darin, daſs die Röntgenstrahlen dann *scheinbar* nur eine geringe Absorption erleiden. In Wirklichkeit ist letztere beträchtlich, aber die hinzukommenden Sekundärstrahlen erwecken den Anschein, als ob nur eine geringe Schwächung erfolgte.

So erklärt sich auch die Erscheinung, daſs in vielen Substanzen die Absorption mit zunehmender Härte der Röntgenstrahlen nicht abnimmt, sondern, daſs harte Strahlen gleichsam eine geringere Absorption erleiden als weiche! Für Absorptionsversuche erweisen sich daher nicht alle Metalle als gleich gut geeignet. Nur solche Materialien liefern normale Absorptionskoeffizienten, welche sehr durchdringende Sekundärstrahlen besitzen, welche also durch die zu messenden Strahlen nicht zur Resonanz gebracht werden.

Inwiefern diese Verhältnisse etwa auch auf die γ-Strahlen zu übertragen sind, muſs im speziellen noch dahingestellt bleiben. Die Absorption dieser Strahlen ist zwar schon mannigfach untersucht worden, die Versuche werfen jedoch noch zu wenig Licht auf die berührte Frage.

III. Dosierung der Strahlen.

Zum Schluſs möchte ich noch mit einigen Worten auf die Dosierung der Radium- und Röntgenstrahlen eingehen. Es dürfte nach allem klar sein, daſs zur Angabe der Strahlenquantität, die einem Patienten verabreicht wird, stets zwei Angaben nötig sind. Erstens die Strahlenmenge und zweitens der genaue Strahlencharakter. Letzterer wird in der Praxis meist aus der Absorption beurteilt, die die Strahlen in Metallschichten erleiden. Namentlich für die Röntgenstrahlen werden verschiedene „Sklerometer" in Handel gebracht. Die Verfahren beruhen meist darauf, daſs man die Fluoreszenzhelligkeit auf dem Röntgenschirm beobachtet, wenn man die Strahlen durch verschieden dicke Metallschichten hindurchgehen läſst. Nach Benoist und Walter hat man eine Skala von verschieden dicken Aluminiumblechen, wobei man nun die Anzahl Bleche zählt, hinter denen man noch Fluoreszenz bemerkt. Neben diesem ziemlich primitiven Verfahren verdient der Wehneltsche Härtemesser genannt zu werden, der nun, unabhängig von der Strahlenintensität, die Härte genau, wenn auch in willkürlichem Maſs, zu bestimmen erlaubt. Hier kommt die Messung darauf hinaus, diejenige Dicke einer Aluminiumschicht zu bestimmen, welche dieselbe Absorption hervorruft, wie ein Silberblech von bestimmter Dicke. Gleiche Absorption findet statt, wenn der Fluoreszenzschirm hinter beiden Metallblechen gleich hell leuchtet.

Zu solchen auf Absorptionsversuchen beruhenden Härtemessungen ist zu bemerken, daſs sie sehr vom absorbierenden Material abhängen können. Gerade die Röntgenstrahlen zeigen die Eigentümlichkeit, daſs die härteren Strahlen in gewissen Substanzen sogar stärker absorbiert werden können als die weicheren. Es verdient daher ein Verfahren genannt zu werden, das die Härte der Strahlen ohne Absorptionsmessung bestimmt. Miſst man nämlich in geeigneter Weise die an der Röntgenröhre wirksame Spannung, so bekommt man ein Maſs für die Geschwindigkeit der Kathodenstrahlen und damit auch für die Härte der von den Kathodenstrahlen erzeugten Röntgenstrahlen. Daſs dies Verfahren nicht schon längst eingebürgert ist, erklärt sich aus dem Umstand, daſs man für gewöhnlich nicht die effektiv wirksame Spannung miſst, und man daher natürlich keine Beziehung zwischen der Spannung und Härte der Röhre finden konnte. Klingelfuss hat die Entladungsvorgänge näher untersucht und die Anordnung angegeben, welche zur richtigen Spannungsmessung führt.

Zu bemerken ist, daſs alle diese Instrumente, nur die mittlere Strahlen-

härte angeben können, da eine Röntgenröhre unter keinen Umständen gleichartige Strahlen liefert. Ja, die Härte ist nicht einmal von der Stromintensität unabhängig. Sie nimmt mit dieser zu.

Bei der Dosierung geht man nun im allgemeinen weniger darauf hinaus, die Härte als vielmehr die Strahlenintensität zu bestimmen. In der Praxis hat man hierfür fast ausschliefslich die chemische Wirksamkeit der Strahlen verwendet. Viel im Gebrauch sind Färbungsradiometer. So verwenden Holzknecht, Sabouraud-Noiré und Bordièr kleine Pastillen, die neben der kranken Stelle mitbelichtet werden und deren Färbung an einer Standardskala verglichen wird. Die Pastillen bestehen bald aus Ba Pt Cyanür, das sich gelb färbt; bald aus nicht näher bekannt gegebenem Material. Auch Flüssigkeiten sind zum gleichen Zweck verwendet worden. Bald beobachtet man ihre Färbung (Freund), bald ihre Trübung (Gottw. Schwarz). Auch die Photographie wird zuweilen in der Praxis verwendet. So beim Quantimeter nach Kienböck.

Alle diese Verfahren geben die Intensität in willkürlichen Einheiten, was oftmals allgemein vergleichbare Angaben erschwert. Sodann haften allen diesen Methoden mehr oder weniger die Fehler an, die wir oben unter Besprechung der Mefsmethoden bereits besprochen haben. Im übrigen liegt ihnen allen die wohl anzuerkennende Anschauung zugrunde, dafs der chemische Effekt am ehesten der physiologischen Reaktion proportional sei. Von dieser Annahme ausgehend müfste man die Aufgabe der Dosimetrie dann folgendermafsen präzisieren: Es ist die chemische Reaktion in einer Substanz zu messen, welche genau dieselbe Absorption, wie das kranke Gewebe besitzt. Nur dann vergleicht man gleiche Strahlenmengen miteinander. In diesem Sinne dürften gewisse Flüssigkeiten, namentlich wäfsrige Lösungen gut entsprechen, da sie den Röntgenstrahlen etwa dieselbe Absorption bieten, wie die ja reich mit Wasser durchsetzten Gewebe. Auch dürfte es zur Beurteilung der in einem Prüfkörperchen insgesamt erfolgten chemischen Reaktion praktisch erscheinen, wenn dieses durchsichtig ist, wobei man dann auch eine exakte photometrische Messung ermöglichen würde. Bei Flüssigkeiten ist natürlich dafür zu sorgen, dafs die Gefäfswand möglichst wenig von den Strahlen zurückhält.

Alle diese chemischen Verfahren haben nun neben ihrer oftmals zweifelhaften Genauigkeit den Nachteil, dafs die verwendeten Substanzen bei jeder Messung neu zu ersetzen sind. Auch kann man, wie bei jeder Akkumulativmethode, nicht momentan messen. Hier fehlt offenbar noch ein brauchbares Zeigerinstrument. Wohl kann man den Strom messen, der durch eine Röntgenröhre fliefst, allein dieser kann kein genaues Mafs für die Röntgenstrahlenmenge abgeben. Die Entladungen in der Röntgenröhre sind keineswegs kontinuierlich, sondern bestehen bei den gebräuchlichen Apparaten aus raschen Einzelstöfsen. Von der Art und Zahl

dieser stoſsweisen Entladungen hängt nun die Erzeugung dieser Röntgenstrahlen ab.

Ich möchte hier noch besonders auf diesen Punkt hinweisen, da die Art der Diskontinuität der Röntgenstrahlen ja sehr wohl einen Einfluſs auf die physiologische Wirkung haben kann. Man darf, solange diese Frage nicht genauer untersucht ist, auch kaum harte Röntgenstrahlen und γ-Strahlen in therapeutischer Hinsicht einander gleich stellen. Es scheint auch, daſs in der Tat die Wirkung dieser beiden Strahlenarten durchaus nicht gleichwertig ist, ein Unterschied, den man vorderhand sehr wohl durch die Diskontinuität der Röntgenstrahlen erklären kann.

Im Gegensatz zu den Röntgenstrahlen haben wir in den γ-Strahlen, überhaupt den Radiumstrahlen, eine kontinuierliche Erscheinung vor uns. Hier besteht punkto Dosimetrie auch noch der weitere vereinfachende Umstand, daſs die radioaktive Strahlung lange Zeit konstant bleibt. Es genügt daher, ein Radiumpräparat ein einziges Mal für lange Zeit zu messen. Immerhin ist zu bemerken, daſs neue Radiumpräparate in den ersten Monaten stark an Wirksamkeit zunehmen und auch später noch etwas stärker werden.

Bei radioaktiven Substanzen genügt es auch häufig, die Menge derselben zu kennen. Namentlich wenn man nur die Stärke der γ-Strahlen wissen will, genügt die Angabe des Gewichts. Die Anordnung und Verteilung der radioaktiven Substanz spielt hier keine Rolle. Für die Stärke der α- und β-Strahlen jedoch hängt die Intensität ganz von der Verteilung und der Konzentration des radioaktiven Salzes ab, das je nachdem ein gröſserer oder kleinerer Bruchteil der Strahlen im Salz selbst absorbiert wird.

Häufig gibt man die Gesamtstrahlenwirksamkeit in Aktivitäten an, indem man diejenige des metallischen Urans gleich 1 setzt. Häufig setzt man auch die Aktivität des reinen Radiums gleich 2000000, wobei zu bemerken ist, daſs die beiden Angaben nicht miteinander übereinstimmen; denn das Radium ist nur etwas über eine Million aktiver als Uran, d. h. gleiche Mengen metallischen Radiums und Urans in dünner Schicht ausgebreitet, ergeben eine Ionisierung, deren Verhältnis etwas über eine Million ist.

Es ist klar, daſs der Wert eines radioaktiven Präparats nicht nur von seiner Aktivität, die gleichsam die Konzentration der wirksamen Substanz angibt, abhängt, sondern in gleicher Weise von der Substanzmenge. Es ist stets das Produkt aus Aktivität und Gewicht maſsgebend. Dabei muſs jeweils noch bekannt sein, auf welche Einheit die Aktivität bezogen ist.

Auſser der Kenntnis der Gesamtstrahlung ist es für den Therapeuten noch wichtig, eine planmäſsige Auswahl aus derselben treffen zu können, und in zum vornherein bekannter Intensität wirken zu lassen. Hier diene als Angabe, daſs man bereits durch Aluminiumblättchen von $^1/_{10}$ mm

Dicke alle α-Strahlen zurückhalten kann. Es wirken dann nur noch β- und γ-Strahlen. Setzt man auf ein Radiumpräparat etwa Bleiblechplatten von immer gröfserer Dicke, so werden auch die β-Strahlen allmählich absorbiert, während die γ-Strahlen, mit Ausnahme der weicheren Sorten, fast vollständig passieren. Bei etwa 2 mm Dicke hat man daher fast nur noch γ-Strahlen. Immerhin sind diese noch vermischt mit den sekundären β-Strahlen, welche die γ-Strahlen im Blei erzeugen und die in diesem Metall sogar ziemlich intensiv sind. Man kann aber diese Sekundärstrahlen sehr weitgehend absorbieren, wenn man noch eine dünnere Aluminiumfolie hinter das Blei setzt.

Es läfst sich für jedes Radiumpräparat die Zusammensetzung und Intensität seiner Strahlen bestimmen, wenn man Metallschichten von wachsender Dicke einschaltet. Die Ergebnisse kann man sich dann ein für allemal in Kurven auftragen, mittels deren man nun imstande ist, die wirksame Dosis stets zum vornherein anzugeben. Diese Untersuchungen sind natürlich Sache des geübten Physikers. So kommt es, dafs sich gröfsere radiologische Institute ihre eigenen physikalisch gebildeten Fachleute halten zu dauernder Messung und Kontrolle.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. März 1910.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. TOMASCZEWSKI demonstriert ein Kaninchen, das nach **Einimpfung von syphilitischem Saugserum** ein primäres Syphilom in der Tunica vaginalis bekommen hat.

Diskussion: MÜLZER berichtet über Impfexperimente mit UHHLENHUTH. Unter anderem sind syphilitische Erscheinungen (der Augen) der intravenösen Einspritzung von Saugserum gefolgt.

2. PINKUS demonstriert eine Kranke mit ausgedehntem **Pseudoxanthoma elasticum.**

3. PINKUS demonstriert einen am Rückenende des Meerschweinchens konstant vorhandenen Komplex von **talgdrüsenähnlichen Drüsen.**

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 7./20. März 1910.

(Originalbericht von ARTHUR JORDAN.)

Der Vizepräsident KRASSNOGLASOW eröffnete die Sitzung und sprach die Hoffnung aus, dafs der durch Unwohlsein am Erscheinen verhinderte Präsident, Prof. POSPELOW, bald wieder ganz genesen möge.

1. Grintschar (Gast) stellte einen 20jährigen Freiwilligen mit universeller **Pityriasis rubra pilaris** vor, die sich im Laufe von zwei Monaten entwickelt hat.

Diskussion: Meschtscherski lenkte die Aufmerksamkeit auf die aufserordentlich rapide Entwicklung der Krankheit, wie auf eine gleichzeitig bestehende Cutis verticis gyrata, welche aber, wie der intelligente Kranke angibt, schon lange vor dem Hautleiden bestanden hat.

Fokin fragte nach der Behandlung des Kranken?

Grintschar entgegnete, der Kranke hat 35 Arsenikinjektionen bekommen, was aber ohne Wirkung geblieben ist; jetzt erhält er asiatische Pillen. Mit der lokalen Behandlung ist der Demonstration wegen bisher gewartet worden.

Krassnoglasow bemerkte, der Fall ist so charakteristisch, dafs an der Diagnose nicht gezweifelt werden könne. Was den Namen der Krankheit anbetrifft, so ist man darin einig, dafs Pityriasis rubra pilaris und Lichen ruber acuminatus ein und dasselbe Leiden sind. Er ziehe die deutsche Bezeichnung Lichen ruber acuminatus vor.

Bogrow ist mehr für die französische Benennung.

2. Muchin (Gast) demonstrierte eine 21jährige Kranke, die sich seit sieben Jahren wegen Dementia praecox in der Irrenanstalt befindet, mit **Psorospermosis Darier**. Das Leiden betrifft vorwiegend die Partie der Schläfen, den Hals und die Brüste. Histologisch findet sich das für Psorospermosis Darier charakteristische Bild.

3. Bogrow führte einen 23jährigen Mann mit einer **Dermatitis pustulosa** vor. Die Anamnese ergibt, dafs der Patient vor drei Jahren einen Tripper gehabt hat, der von Arthritis begleitet wurde. Der Patient genas. Vor etwa drei Monaten erkrankte er an einer Schwellung des Kleinfingergelenks der rechten Hand, darauf an Veränderungen der Nägel und an einem Ausschlag. Augenblicklich beobachtet man auf den Fufssohlen einen ringförmig angeordneten, in Pusteln und Verhornung bestehenden Ausschlag und aufserdem eine Gruppe von Pusteln auf dem Kreuz. Zeitweilig bestanden auch Pustelchen auf dem Übergang des harten und des weichen Gaumens. Veränderung der meisten Nägel der Finger, aber auch der Zehen, bestehend in Brüchigkeit, Trübung usw. derselben. Arthritis des rechten Kleinfingergelenks, wie des rechten Fufsgelenks. Urethritis catarrhalis. Keine Gonokokken. Obgleich die Erscheinungen auf den Fufssohlen sehr denen der Moulage von blennorrhoischer Hyperkeratose von Beermann aus der Breslauer Klinik ähneln, hält es Bogrow doch nicht möglich, den Fall als blennorrhoische Dermatitis zu deuten, weil der positive Beweis fehlt. Es handelt sich um eine pustulöse Dermatitis auf Grund einer allgemeinen Infektion, vielleicht blennorrhoischer Natur, die an Impetigo herpetiformis Hebrae oder, durch ihren Beginn an den Extremitäten, an Acrodermatitis continua Hallopeau erinnert. Unter der Behandlung mit Kompressen und innerem Gebrauch von salicylsaurem Natrium ist eine Besserung eingetreten.

Diskussion: Bremener gedachte eines von ihm beobachteten Falles von Dermatitis bullosa.

Fokin fand, dafs diese Beobachtung in keiner Beziehung zu dem vorgestellten Fall stehe.

Krassnoglasow bemerkte, dafs die Impetigo herpetiformis Hebrae vorwiegend einer Krankheit der Frauen während der Schwangerschaft ist. Ihm erscheint die Annahme einer blennorrhoischen Dermatitis wahrscheinlicher, zumal da auch Arthritis besteht.

Bogrow entgegnete, er gäbe die Möglichkeit einer auf Tripper zurückzuführenden Dermatitis zu, aber der positive Beweis fehlt, wo sich weder mikroskopisch, noch kulturell Gonokokken nachweisen ließen und die Arthritis vor zwei Jahren andere Gelenke, als jetzt, betroffen hat.

4. Meschtscherski zeigte einen Fall von **Psoriasis vulgaris guttata der Handflächen und Fufssohlen** bei allgemeiner Psoriasis.

5. Sokolow demonstrierte handliche **Apparate zur Radiumbehandlung** einer französischen Firma, bei denen das Radium durch Verarbeitung mit Lack auf einer gröfseren Fläche verteilt ist.

6. Tschernogubow sprach, an der Hand einer Moulage, über **Folliculitis blennorrhoica** bei fehlender Urethritis. Der betreffende, 21jährige Student, welcher einen Tripper verneinte und dessen Urin auch ganz rein war, hatte sich an Tschernogubow mit einer Affektion am Penis gewandt, die angeblich zwei Jahre bestehen sollte und in zwei kleinen, follikulären Geschwüren in der Raphe bestand. Mikroskopisch fanden sich Gonokokken. Unter Exzision, Lapis, Xeroformsalbe und Kompressen von Hydrarg. peroxydatum schwand alles.

Fachzeitschriften.

Sitzungsberichte der Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom November 1909.

F. Balzer und Guénot berichten über mehrere Fälle von rezidivierender **Dermatitis herpetiformis** mit epidermalen Cysten, bei denen sie mit Adrenalin eine wesentliche Erleichterung der subjektiven Symptome und eine nennenswerte Besserung erzielt haben. Sie gaben den Patienten ohne Schädigung täglich bis zu 30 Tropfen einer 1‰igen Lösung innerlich. — Dieselben Autoren bringen drei Fälle von Lichen planus linearis, bei denen Adrenalin ganz wirkungslos blieb; es wird aber auch die bekannte Erfolglosigkeit jeder andern Therapie hervorgehoben.

E. Gaucher und L. Brin: Frau mit luetischer Anamnese, kleine Hautgummata an beiden Vorderarmen und einer **tertiären Lymphangitis syphilitica** am rechten Vorderarm, die an Sporotrichose denken liefs; doch wurde durch die Wassermannsche Reaktion die Diagnose Syphilis bestätigt.

Gaucher, Vignay und Joltrin: **Gangraen des Penis, Septikämie.** Heilung durch Heifsluftbehandlung und subcutane Einspritzung von Elektrargol.

Gaucher, Fouquet und Joltrain: Junger Mann mit **spezifischen Schankern** an der Zunge, den Mandeln und dem Penis. Wassermann, anfangs negativ, später positiv, blieb es auch, nachdem unter einer Hg-Spritzkur sämtliche Symptome geschwunden waren. Die Möglichkeit gleichzeitiger harter Schanker erklären die Vortragenden daraus, dafs die Spirochaeta längere Zeit in den Lymphdrüsen zurückgehalten wird und dafs, so lange sie nicht ins Blut gelangt sei, mehrfache Infektionen möglich seien. In der Diskussion wird betont, dafs der Wassermann mit den klinischen Tatsachen nicht immer übereinstimme.

H. Hallopeau und L. Brodier: **Ulceration der Pharynxwand** bei einer tuberkulösen Frau. Erst durch die Wassermannsche Reaktion wurde die syphilitische Natur dieses Geschwürs festgestellt.

Gaucher und Fouquet: **Gummata heredo-syphilitica** der Unterschenkel, die wie Gummata tuberculosa aussehen. Einige andere Anzeichen der Heredo-Syphilis führten hier zur Diagnose Lues, die trotz negativen Wassermanns durch die erfolgreiche H -Therapie bestätigt wurde.

De Beurmann und A. Vernes: **Sklerodermie** mit zentrifugaler Ausdehnung bei einem 29jährigen Menschen. Günstige Beeinflussung durch gepulverte Schilddrüse, monatelang 40—60 g täglich.

De Beurmann und Gougerot sprechen über die geographische Verteilung der **Sporotrichose** und über verschiedene von andern Autoren veröffentlichte Infektionen durch das Sporotrichon.

Hallopeau empfiehlt das **Hektin** anstatt des Atoxyl zu Subcutaneinspritzungen bei Syphilis, eventuell auch bei Lepra. Er spritzt davon beim ersten Auftreten des Schankers bis zu seiner Heilung täglich 0,2 in die Haut des Gliedes ein und hat davon niemals ernste Nachteile gesehen.

H. Hallopeau und F. Dainville: Ein Fall von **Skabies** mit präaxillaren linearen Erhebungen. Bei der Patientin safsen vor der linken Achselhöhle 14, vor der rechten 4 Erhebungen; sie waren rot gefärbt; die längste mafs 12 mm bei 5 mm Breite.

E. Fournier: **Chronischer infektiöser Ikterus bei einem Heredo-Syphilitiker.** Der Ikterus bestand, bald heftig, bald nachlassend, bei dem Patienten seit seiner Jugend; die Leber war nur einmal mäfsig geschwollen; die Milz dagegen ist dauernd sehr vergröfsert; es besteht starke Anämie bei grofser Schwäche des Patienten, der 43 Jahre alt ist und deutliche Zeichen der ererbten Syphilis aufweist. Bei einer energischen, gemischten Behandlung besserte sich das Allgemeinbefinden erheblich, Syphilide der Unterschenkel heilten aus, die Splenomegalie blieb aber bestehen.

Sitzung vom 2. Dezember 1909.

E. Gaucher und H. Hallopeau: Patientin von 59 Jahren erwarb 1867 Syphilis. Zwei Jahre lang Hautsymptome; dann blieb die Haut 40 Jahre lang ganz frei, während die Syphilis sich trotz ein- bis zweimaliger spezifischer Behandlung jährlich ab und zu durch allerlei nervöse Symptome, Kopfschmerzen, Paresen, Aphasie, Incontinentia urinae usw. bekundete. Jetzt, nach 40 Jahren, bei negativem Wassermann (im Mai) Auftreten eines grofsen Hautsyphilids auf dem Thorax (im Oktober). Patientin hatte allerdings im Juni mit einem frisch Syphilitischen, Träger eines Ulcus durum, Verkehr gehabt, und die Vortragenden nehmen an, dafs junge Spirochäten in den Körper eingedrungen sind und die alten zu neuer Tätigkeit anregten. — In der Besprechung wird einerseits auf die Zwecklosigkeit der oft wiederholten spezifischen Behandlung hingewiesen, andererseits die Möglichkeit einer syphilitischen Reinfektion angezweifelt.

E. Gaucher und Flurin: 58jährige Kranke mit **Raynaudscher Krankheit** und Sklerodaktylie. Sklerose des kleinen Fingers der linken Hand, vom Ringfinger sind die letzte und ein Teil der vorletzten Phalange geschwunden; Zeige- und Mittelfinger sind wachsbleich. — Lepra und Syringomyelie konnten ausgeschlossen werden.

H. Hallopeau und François-Dainville: 40jähriges Mädchen, bei der in einer Nacht, nach andauernden, heftigen, zum Selbstmord drängenden Gemütserregungen, **die Haare** der linken Kopfhälfte, der linken Augenbraue und der linken Pubes **weifs werden**, ein Zustand, der auch nach Beseitigung der seelischen Qualen bestehen bleibt.

De Beurmann und Verdun: **Ein Fall von Mykosis fungoides**, der ohne Erythrodermie und Pruritus gleich mit zahlreichen Tumoren einsetzte und trotz nun schon 20jähriger Dauer den Allgemeinzustand der Patientin nicht beeinträchtigt hat.

Milian schlägt vor, das Quecksilber in Form von Pastillen unter die Vorhaut zu schieben, wo es leicht und schnell resorbiert wird; er lobt das Verfahren als bequem, sauber, wirksam und frei von allen Nachteilen. Die Formel für die Pastillen lautet: Ungt. ciner. 0,04, But. Cacaon. q. s. ut f. linsengrofse Pastille. Diese Pastillen sind ziemlich fest und müssen nur kalt aufbewahrt werden.

L. Spillmann und J. Parisot: **Ein Fall von Erythema polymorphum bullosum.**

E. Gaucher, Druelle und Vignat: Behandlung einer **Gangrän des Penis mit heifser Luft;** rascher Ausgang in Heilung.

J. Brault berichtet über ein **Geschwür der Unterlippe,** das bei den **Kabylen** sehr häufig ist und in Folge des Genusses unreifer Feigen entsteht, deren Saft reizend wirkt.

Sitzung vom 6. Januar 1910.

Balzer und P. L. Marie: **Xanthom bei einem Diabetiker.** Heilung der Diabetes durch Diät und Santonin; gleichzeitig Verschwinden des Xanthoms.

F. Balzer, Deroide und P. L. Marie: **Pemphigus vegetans Neumann** bei einer Frau von 57 Jahren. Beginn der Krankheit im Mund und im Rachen; später stellten sich auch auf dem Körper Pemphigusblasen ein. Patientin erzählt, unter ihren Hühnern herrschte ein grofses Sterben. Aus Neugierde eröffnete sie eines der Tiere, fand im Innern eine stark vergröfserte und mit zahlreichen kleinen Knötchen bedeckte Leber. Bei der Gelegenheit sei sie mit den blutigen Händen in den Mund gekommen, und daher stamme ihr Leiden.

Sitzung vom 3. Februar 1910.

Balzer und P. L. Marie: **Sporotrichosis verrucosa und gummosa** bei einem Syphilitiker. Die Syphilis stammt aus dem Jahre 1893 und hat nur sekundäre Symptome gemacht. Dagegen ist Patient seit sechs Jahren mit Gummata behaftet, die am ganzen Körper zerstreut sitzen, und hat auf dem linken Handrücken eine Infiltration mit verrukösem Rand. Die Drüsen der linken Achselhöhle sind geschwollen. Es handelt sich um Sporotrichose. Besserung durch Jodkalium.

Gaucher, Druelle und Flurin: **Ulcus durum des untern Augenlids** bei einem zweijährigen Kind. Der Vater war seit einem Jahr syphilitisch.

Gaucher, Brin und Cesbron: **Lupus tuberculo-ulcerosus des Gesichts** bei einem Heredo-Syphilitiker. Wassermann positiv. Die Vortragenden beziehen die Hartnäckigkeit dieses Falles auf das Zusammenwirken der beiden Krankheiten.

Gaucher, Fouquet und Flurin: **Lupus generalisatus.** Patientin, jetzt 37 Jahre alt, erkrankte zuerst mit sieben Jahren, im Anschlufs an Röteln, an Lupus generalisatus, der damals, nach 14jährigem Bestand, durch Auskratzen und Brennen völlig geheilt, jetzt aber an den nämlichen Stellen, Rücken und Unterschenkeln, wieder aufgetreten ist. An den Beinen ist er psoriasiform, am Rücken hat er einen zosteriformen Charakter.

Gaucher, Druelle und Brin: **Ulceriertes Gumma am linken Knie,** Syphilide auf einer alten Brandnarbe bei einem **Heredo-Syphilitiker.**

H. Hallopeau empfiehlt die **Abortivbehandlung der Syphilis** durch Einführung von grauer Salbe in die Vorhaut und gleichzeitiger Einspritzung von „Hektin" — einem Arsenpräparat — in die Haut des Gliedes. Er erfährt aus der Versammlung aber lebhaften Widerspruch. *Türkheim-Hamburg.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Februar 1910.

Die „Lichen"-Gruppe der Hautkrankheiten: eine histologische Studie von J. A. Fordyce-New York. F. hebt hervor, wie überraschend gleichförmig trotz der klinischen Verschiedenheiten die Histologie der „Lichen"-Affektionen sei und im Gegensatz stehend zu anderen Typen von Hauteruptionen, wie z. B. Syphilis, wo die histologische Struktur so vielseitig wie die klinischen Erscheinungen sei. In einer Reihe von Schnitten von Lichen planus, welche F. studiert hat, kann die Entwicklung der

Krankheit von dem kleinsten stecknadelkopfgroſsen Papelchen an bis zu jenen Veränderungen, die beträchtliche Hypertrophie aller Hautschichten aufweisen, gezeigt werden: überall sind die beobachteten Veränderungen praktisch identisch und die vorhandenen Verschiedenheiten nur graduelle oder auf die anatomische Lokalisation der Papel zurückzuführen. Der Beginn des Prozesses findet wahrscheinlich bei allen „Lichen"-Arten in den Hautpapillen statt und je nach der Intensität desselben werden die Gefäſse der subpapillären Schicht gleichzeitig oder später betroffen. Das Hautjucken kann durch die Reizung der Nervenendigungen durch die Toxine erklärt werden. In Verbindung mit den regressiven Veränderungen der Lichen planus-Affektionen erfahren einer Anzahl Epidermis- und Bindegewebszellen eine Pigmentdegeneration mit Bildung von Melanin. Die follikuläre Varietät des Lichen planus ruft ein ganz anderes klinisches und histologisches Bild hervor. Dieser Typus hat sowohl auf Seite amerikanischer wie anderer Dermatologen zu Verwechslung mit Pityriasis rubra pilaris, von der er aber in jeder Beziehung völlig zu trennen ist, u. a. m. geführt. Gewöhnlich sind die follikulären Veränderungen mit jenen des Planus vergesellschaftet, obwohl Unna erklärte, daſs sein Lichen planus acuminatus neuroticus in reiner Form vorkommt. Beim Lichen planus atrophicus oder sclerosus, von Pawlow Lichen planus keloidiformis und von Stöwer Lichen planus morphoeicus genannt, haben wir eine seltene Varietät von Lichen, bei dem die affizierten Papillen verschwinden und durch sklerotisches Gewebe ersetzt werden. Nach einer Reihe von Jahren oder seltener in kürzerer Zeit geht der Lichen planus in Lichen verrucosus über; ob derselbe als solcher primär auftreten kann, darüber herrscht noch immer Zweifel. Seine Prädilektionsstelle an den Unterextremitäten wird durch Varicen und Exkoriationen (infolge von Pruritus) erklärt; damit wird aber noch nicht das Vorkommen dieser Lichenvarietät an anderen Körperstellen, wie Oberarmen, behaartem Kopf und Handrücken definiert. Bei dieser hypertrophischen Form sind alle Schichten der Epidermis enorm verdickt und verursachen eine unregelmäſsig warzige Geschwulst, die gelegentlich sogar sehr ausgedehnter Natur sein kann. Lichen planus der Schleimhäute wurde zwar schon im Jahre 1879 von Hutchinson studiert, aber erst in den letzten Jahren dieser Lichenlokalisation gröſsere Aufmerksamkeit geschenkt; die Wangenschleimhaut, speziell gegenüber dem letzten Molaris, ist die wichtigste Stelle dieser Lokalisation, dann kommt zunächst an Häufigkeit die Zunge, Lippen, Zahnfleisch usw. Die Histologie der Schleimhautveränderungen ist im ganzen nicht verschieden von jener der Haut: verdickte Epidermis mit unregelmäſsiger Basalschicht, vergröſserten und teilweise hyalin entarteten Papillen, Obliteration der Gefäſse usw. Mit acht, vor allem die histologischen Einzelheiten erklärenden Abbildungen.

Körnerjucken (Acarodermatitis urticarioides), von Jay Frank Schamberg-Philadelphia. Im Spätfrühjahr 1901 trat in Philadelphia und dessen Umgebung eine Hauteruption, hauptsächlich als Haushaltepidemie, auf, welche als für Amerika ganz neue Affektion die Aufmerksamkeit der dortigen Hautspezialisten erweckte. Seitdem kamen jedes Jahr in Philadelphia zwischen den Monaten Mai und September Fälle dieser Art vor und im Frühjahr und Sommer 1909 wurde diese eigentümliche Hauteruption ziemlich verbreitet in Philadelphia und den Nachbarstädten. Bei genauerer Nachforschung stellte sich heraus, daſs vor allem Leute, die auf Strohmatratzen schliefen, von der Affektion betroffen wurden. Dieselbe ist charakterisiert durch eine ausgedehnte, urticariaähnliche Eruption, welche von heftigem Jucken und gewöhnlich leichtem Fieber und Allgemeinerscheinungen begleitet ist. Die charakteristische Hautläsion ist eine Blatter, über welcher ein sehr rasch pustulös werdendes Bläschen liegt. Fast alle Patienten zeigen leichte Leukocytose und mäſsige Eosinophilie und eine Anzahl haben Eiweiſs im Urin. Die Krankheit entsteht durch Berührung mit Cerealien

oder Stroh, die mit dem Pediculoides ventricosus und einer verwandten Milbenart infiziert sind. Die mikroskopische Untersuchung der Hautveränderungen zeigt, dafs die Milbe sich nicht in die Haut eingräbt wie der Acarus der Scabies. Strohmatratzen scheinen die hartnäckigste und andauerndste Dermatitis zu verursachen; Stroh, das für Verpackungen benutzt wird und Säcke von Weizen, Gerste und anderen Körnersorten bilden gelegentlich auch die Infektionsquellen. Der Pediculosis ventricosus, dessen verschiedene Entwicklungsformen SCH. eingehender Beschreibung unterzieht, hat eine ökonomische und landwirtschaftliche Bedeutung, weil er die Getreidekörner dadurch schützt, dafs er die Larven des Weizenstrohwurms und der Getreidemotte zerstört. Wo überall „Körnerjucken" herrscht, wird man mit Wahrscheinlichkeit Insekten, welche das Korn zerstören, in Menge finden. Eine identische oder ähnliche, von Berührung mit Gersten- oder Weizensäcken herrührende Affektion wurde vor Jahren in Frankreich, Deutschland, Rufsland und anderen europäischen Ländern festgestellt. Die Heilung dieses Juckausschlages ist rasch zu bewerkstelligen, wenn der Patient die Infektionsquelle zu meiden weifs. Mit elf Abbildungen.

Stern-München.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1910. Heft 1.

Mit diesem Heft beginnen die *Annales*, die 1868 ins Leben gerufen wurde, ihren 51. Band. Möge ihnen noch ein recht langes Leben beschieden sein.

Epitheliom und Lupus vulgaris, von BARGUES. ALIBERT hat im Jahre 1818 zuerst die Tatsache bekannt gegeben, dafs auf einem Lupus vulgaris ein Epitheliom wuchern könne. Seitdem ist die Beobachtung von allen Seiten bestätigt worden, und B. bringt in der vorliegenden Arbeit sechs neue Fälle, so dafs jetzt im ganzen etwa 164 Fälle bekannt sind.

Aufser seinen inhaltreichen Krankengeschichten liefert BARGUES auch interessante statistische Angaben. Zur Symbiose mit Epitheliom kommt es in ungefähr 8% der Lupusfälle. Nur ein Patient mit diesem Zusammentreffen der beiden Hautkrankheiten war unter 20 Jahre alt; die meisten befanden sich, wie das ja auch beim Carcinom die Regel ist im 40. bis 50. Lebensjahr. Während im allgemeinen die Frauen viel häufiger als die Männer an Lupus erkranken, so trifft man dagegen die Aufpfropfung eines Epithelioms auf einen Lupus beim Mann mehr als doppelt so oft wie bei der Frau. Dies Verhalten ist um so auffälliger und bedarf um so mehr der Erklärung, als auch der Hautkrebs beim weiblichen Geschlecht öfter als beim männlichen angetroffen wird. — In den 164 Fällen von Symbiose des Lupus mit Epitheliom waren elfmal der Hals, 14 mal die Extremitäten, dreimal die Kreuzbeingegend und in allen übrigen Fällen die verschiedenen Teile des Gesichts befallen.

Als besonders begünstigend für das Wuchern des Epithelioms wird von verschiedenen Autoren die Radiotherapie bezeichnet; besonders die X-Strahlen scheinen verhängnisvoll wirken zu können, Finsen dagegen wird nichts Übles nachgesagt. — Die Therapie ist nicht ganz ohnmächtig, auf 74 behandelte Fälle kamen 32 Heilungen, die zum Teil schon zwei bis acht Jahre andauerten. — Wichtig scheint noch zu bemerken, dafs sich das Epitheliom nicht im eigentlichen Lupusgewebe, sondern in dessen vernarbten Teilen entwickelt, und dafs das Lupusepitheliom demnach wohl meistens oder immer einen Narbenkrebs darstellt.

Das Granuloma annulare von R. CROCKER, von POLLIER. Zu den 49 erst jüngst von LITTLE gesammelten Fällen, die durch AUDRY, DALLA FAVERA und WENDE bereits eine Vermehrung erfahren haben, fügt P. abermals einen neuen Fall. Ein

zwölfjähriger Knabe zeigt auf dem linken Handrücken Neubildungen, deren älteste die Form eines runden Wulstes hat; dieser Wulst ist 2—3 mm breit und umschliefst einen bräunlichen, leicht infiltrierten Herd von 1,0 : 1,5 cm Umfang. Jüngere Elemente, auf den Fingerrücken beider Hände, stellen sich als harte, in der Mitte etwas eingesunkene Papeln dar. Ein solches Element wurde ausgeschnitten und rezidivierte nicht. Das Mikroskop enthüllte nirgends eine Gewebsnekrose, die Dalla Favera in seinen Fällen häufig beobachtet hatte.

Verfasser kritisiert zum Schlufs die verschiedenen bis jetzt für diese Dermatose gebrauchten Bezeichnungen als ungenau und schlägt seinerseits den Namen „Stéréo-Phlogose nodulaire et circinée“ vor.

Zwei weitere Fälle von Xeroderma pigmentosum, von G. Rouvière. R. knüpft an einen Fall an, über den er früher in den *Annales* (1909, S. 518) berichtet hatte. Die Patientin, bei der sämtliche Hauttumoren unter Radiotherapie geschwunden sind, hat vier Brüder und drei Schwestern. Die eine Schwester litt anscheinend seit dem zwölften Lebensjahr an Xeroderma pigmentosum. Im 20. Lebensjahr bekam sie an einer Hand subcutane, schwarze Knötchen, während gleichzeitig die Achseldrüsen derselben Seite anschwollen und schmerzhaft wurden. Nach einem chirurgischen Eingriff, bei dem die geschwollenen Drüsen, die sehr fest safsen und das Aussehen einer Trüffel hatten, entfernt wurden, bildeten sich sehr schnell in allen Drüsen Metastasen und Patientin ging kachektisch zugrunde.

Eine andere, 25jährige Schwester leidet seit neun Jahren an Xeroderma pigmentosum. Alle bisherige Therapie (Ätzungen, Arsen, Bäder) war erfolglos; zur Radiotherapie kann sich die auf dem Lande wohnende Patientin der Umständlichkeit wegen nicht entschliefsen.

Guilbert de Préval, eine Episode aus der Geschichte der Geschlechtskrankheiten im 18. Jahrhundert, von De Santi. Guilbert de Préval ist ein Charlatan, der um 1770—1775 wohl den Höhepunkt seines Ruhms erreicht hatte. Er verkaufte eine „Eau fondante persevatrice“, die bei Syphilis unbedingt prophylaktisch und heilend wirken sollte, und die im Grunde nichts anderes war, als Aqua phagadaenica, d. h. eine Auflösung von Sublimat in Kalkwasser. Er liefs sich das Fläschchen mit 24 Fr. bezahlen. Die Erlaubnis zum Verkauf mufste zuvor von der Polizei erteilt werden, und wurde erteilt, wenn der erste Leibarzt des Königs die Wirksamkeit des Medikaments bestätigte. Der derzeitige Leibarzt hiefs Seisac und dessen Frau trieb mit solchen Bescheinigungen ihres Mannes einen schamlosen Handel — der ihr aber 100000 Fr. jährlich einbrachte. Die Polizei, die diesem Unfug nicht zu steuern wagte —, denn an den Leibarzt des Königs traute sie sich nicht heran — ernannte einen Ausschufs von Ärzten zu derartigen Prüfungszwecken. Vor diesem Ausschufs fand de Prévals Eau fondante Gnade, vermutlich infolge eines eigenartigen Vorgehens des Erfinders. Um nämlich die prophylaktische Kraft seines Mittels zu beweisen, verkehrte de Préval in Gegenwart von Zeugen mit einem syphilitischen Mädchen — und blieb gesund. Der Berichterstatter de Santi legt diesem Versuch, der später noch einmal mit dem gleichen Erfolg wiederholt wurde, keine grofse Bedeutung bei, da de Préval vermutlich schon längst durchseucht war.

Wer von der Sittenverderbnis jener Zeiten sich ein Bild machen will, der lasse sich den lehrreichen Artikel von de Santi nicht entgehen; neben der allgemeinen Schilderung werden ihm auch einige köstliche Anekdoten vorgetragen.

Türkheim-Hamburg.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1909. Heft 9—10.

Einige Bemerkungen über die Seborrhoe der Lippen, von H. Fournier. Die Seborrhoe der Lippen ist eine fast ausschliefslich bei jungen Mädchen vorkommende Krankheit. Die Lippen sind dabei trocken, die Schleimhaut oft fissuriert, läfst sich in Fetzen abziehen. Das Leiden ist keineswegs schmerzhaft, aber lästig, beginnt gewöhnlich mit dem Einsetzen der Pubertät und heilt innerhalb der nächsten sechs bis sieben Jahre von selber aus, wenn die Lippen nicht allzusehr mifshandelt werden. Die jungen Mädchen, die davon betroffen werden, haben fast immer einen arthritischen Habitus. Sichere Mittel sind hochprozentige Schwefel- und Ichthyolsalben und lineare Skarifikationen.

Die Alopecia areata, von Henri Malherbe. M. gibt, ohne eigentlich neue Gesichtspunkte zu bringen, eine gründliche Beschreibung der Alopecia areata, wobei er auch erschöpfend bei der Symptomatologie, dem Verlauf und der Histologie verweilt. Besonders eingehend wird die Ätiologie behandelt, über die die Ansichten bekanntlich geteilt sind; die einen nehmen einen parasitären Ursprung der Alopecie an, die anderen einen nervösen. Nach einer durchaus sachlichen Abwägung aller in Betracht kommenden Momente stellt sich M. auf Seite derer, die in der Alopecie den Ausdruck einer nervösen Erkrankung erblicken.

Ein atypischer Fall von Lichen, von Grossmann-Konstantinopel. Es handelte sich um einen 50jährigen Mann, der seit 15 Jahren an Prurigo diathésique de Besnier litt. Sein jetziges Leiden entwickelte sich im Anschlufs an einen Darmkatarrh; es trat zuerst ein diffuses Ekzem auf, zu dem sich später am Rücken und auf den Extremitäten zahlreiche Plaques gesellten, die aus typischen, aber schwarzgefärbten Lichenpapeln bestanden. Patient gibt an, dafs Vater und Bruder dasselbe Leiden gehabt hätten.

Erfolgreiche Behandlung einer plastischen Verhärtung des Penis mit Fibrolysin, von Grossmann-Konstantinopel. Patient hatte zwölf Tripper, den letzten vor zwei Jahren gehabt; damals machte er eine Cavernitis durch und diese hinterliefs eine Induration des Penis, der infolgedessen bei Erektionen sich krümmte. Durch Einspritzungen von Fibrolysin teils in die Narbe selber, teils ins Gesäfs, wurde die Verhärtung allmählich ganz beseitigt. Es waren dazu aber 75 Einspritzungen erforderlich. Nach der zehnten entstand in der Regio balano-praeputialis ein brandiges Geschwür, das erst ausheilen mufste.

Impetigo und Nephritis, von Henri Malherbe. Ein vierjähriger Knabe erkrankte mit Impetigo am ganzen Körper und Furunkulosis. Er fühlte sich dabei ganz wohl; auffällig war nur ein leichter Grad von Anasarka, die geringen Mengen trüben Urins, die der Knabe liefs und sein starker Durst. Die Untersuchung erwies, dafs er gleichzeitig an heftiger Nephritis litt. M. betrachtet diese Nephritis als eine Folge der Impetigo; aus dem Hautleiden entwickelte sich eine Allgemeininfektion; diese führte zur Nephritis. — Heilung beider Krankheiten unter geeigneten Mafsnahmen.

Die Lügen der Reklame und der Diebstahl in den Pissoirs, von Henri Fournier. In diesem Aufsatz ereifert sich F. in heftigen Worten — wie schon die Überschrift zeigt — über den Mifsstand, dafs einzelne Ärzte — „Unglückliche, die da meinen, es gäbe für sie keinen anderen Weg, sich ihren Unterhalt und das tägliche Brot zu sichern" — in den Pissoirs Plakate anbringen, auf denen sie Heilung der Syphilis ohne Quecksilber, Heilung des Trippers in einem Tag, in einer einzigen Sitzung versprechen und dadurch unwissende, gutgläubige Menschen um ihr Geld und oft auch um ihre Gesundheit bringen. Gesetzlich läfst sich gegen diesen Unfug schwer vorgehen, und das Verbot jeglicher Reklame in den Pissoirs konnte sich gegen die

Interessen des Geldbeutels bisher nicht durchsetzen lassen. F. hofft aber, dafs in den neuen unterirdischen Anstandsorten, die die Stadt Paris jetzt bauen läfst, alle Anbringung von Plakaten untersagt werde; er hofft ferner, dafs einzelne der jetzt in Strafsenhöhe vorhandenen Häuschen erhalten bleiben, damit Prostatikern und zitterigen Greisen in ihrer Wassernot der abschüssige Weg in die Unterwelt erspart bleibe.

Für Kollegen mit philologischem Gewissen stehe hier die Bemerkung, dafs der Franzose statt „Pissoir", anscheinend neuerdings „Vespasienne" sagt. Über das woher? dieser Bezeichnung habe ich nichts ermitteln können.

Die Dercumsche Krankheit, von J. Méneau. Dercum hat als erster im Jahre 1888 einen Symptomenkomplex beschrieben, der seitdem öfters beobachtet und allgemein als Adipositas dolorosa bezeichnet wurde.

Diese Krankheit befällt mit Vorliebe das weibliche Geschlecht im Alter von 40 bis 60 Jahren, doch trat sie einzeln auch schon in frühester Jugend auf. Sie besteht in einer umschriebenen oder diffusen subcutanen Fettanhäufung und in lebhaften Schmerzen, die teils unbeeinflufst auftreten, teils durch Druck auf das Fettgewebe hervorgerufen werden. Zwei weitere wesentliche Symptome der Krankheit sind Muskelschwäche und psychische Störungen.

Bei der umschriebenen oder nodulären Form dieser Adipositas dolorosa handelt es sich um nufs- bis apfelsinengrofse Knoten, die sich symmetrisch über den ganzen Körper verteilen, nur Gesicht, Nacken, Hände und Füfse verschonen, von dem Verlauf und der Verteilung der Hautnerven anscheinend unabhängig sind; man hat in einem Fall bis zu 2000 solcher Knötchen gezählt; sie sind auf Druck äufserst schmerzhaft. Man hat sie in einem Fall mit dem Messer entfernt, sie wuchsen dann aber schnell wieder.

Die diffuse Form kann durch Zusammenwachsen der einzelnen Knötchen aus der umschriebenen hervorgehen; in der Regel aber fängt sie selbständig als diffuse, ödematöse Infiltration mehr oder weniger grofser Hautstrecken an. — Das Zusammenexistieren dieser beiden Formen ermöglicht dann auch noch die Aufstellung einer dritten, einer Mischform. Die psychischen Störungen sind meistens ernster Natur und können verschiedene Formen annehmen; depressive Stimmung und Verblödung scheinen vorzuherrschen.

Pathologisch-anatomisch fanden sich nach Dercum im Anfang der Erkrankung ödematöse Schwellung mit grofsen spindelförmigen, kernhaltigen Zellen, später erfolgt dann die fettige Umwandlung mit spärlichem Bindegewebe, das zur Sklerose neigt, und mit retikuliertem Bindegewebe, das in seinen Maschen die fettigen Zellen einschliefst. Daneben bestand immer eine interstitielle Neuritis mit Schwund der Neurofibrillen in dem kleinen subcutanen Netzwerk; die grofsen Stämme boten nichts Abnormes.

Ob nun aber diese Polyneuritis das erste Symptom in diesem Krankheitsbild darstellt, oder ob sie erst die Folge der Verfettung bildet, oder ob beide, Adipositas und Polyneuritis von einer gemeinsamen dritten Ursache abhängen — darüber ist noch nichts bekannt. Méneau nimmt als letzte Ursache eine Autointoxikation an; von welchem Organ diese ausgeht, weifs auch er nicht zu sagen. Die Schilddrüse wies in mehreren Fällen der Adipositas dolorosa pathologische Veränderungen auf. — In der Behandlung dieser sehr langwierigen Krankheit scheinen sich die Röntgenstrahlen noch am besten bewährt zu haben. *Türkheim-Hamburg.*

Sexual-Probleme.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik.

Januar 1910.

Das Befruchtungsproblem und der Dualismus des Geschlechts, von Kurt Nägler

Die sexuelle Frage und der Protestantismus, von G. von Rohden. Beide Arbeiten sind zu Referaten an dieser Stelle nicht geeignet. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zeitschrift für Urologie.

Band IV, Heft 1—3.

Die Harnblase bei der Bilharziakrankheit und ihre Beziehungen zur Urolithiasis, von W. Ebstein. Die durch Bilharzia in der Harnblase gesetzten Veränderungen sind von sehr wechselnder Intensität; meist zeigt sie das Stadium der Entzündung mit aus Distomumeiern bestehenden Knötchen; diese sind mit Kalksalzen inkrustiert, oft schon innerhalb der Schleimhaut. Diese Kerne können dann an die Oberfläche der Schleimhaut durchbrechen und dort zu gröfseren Blasensteinen auswachsen, da die Distomumblase das dazu erforderliche organische Gerüst liefert.

Experimentelle Beiträge zur Frage der Isolierung der Ureteren, von Kobylinski. Verfasser isolierte an Hunden und Katzen die Ureteren gänzlich oder teilweise vom Perineum und retroperitonealem Bindegewebe. Es ergab sich keine Störung des Wohlbefindens der Tiere und die makroskopische und mikroskopische Untersuchung der Nieren und Ureteren liefs keine Differenzen gegen die intakte Seite erkennen.

Die Pyelitis, von Kapsammer. Für die tuberkulöse Pyelitis nimmt Verfasser trotz entgegenstehender Untersuchungen anderer die hämatogene Infektion als die ausschliefsliche an und hält infolgedessen die Tuberkulose des gesamten Harnapparats stets für descendierend. Aber auch für die Pyelonephritis im allgemeinen ist dies die Regel. Bacterium coli findet sich oft, ohne immer der Erreger der Eiterung zu sein. Die Diagnose ist mit dem Ureterenkatheter zu stellen, über die Ausdehnung auf das Nierenparenchym geben uns die Methoden der funktionellen Nierendiagnostik verläfsliche Orientierung.

Zur Abwehr, von A. v. Frisch. Verfasser wendet sich gegen ein Mifsverständnis in obiger Arbeit, hervorgerufen durch einen sinnstörenden Druckfehler.

Zur Klinik der Nebennierengeschwülste, von Adrian. Der 42jährige Patient erkrankte vor $3^1/_2$ Jahren an schwerer Hämaturie unklaren Ursprungs. Die Cystoskopie zeigt, dafs die Blutung aus der linken Niere stammt, wahrscheinlich durch Neoplasma bedingt. Operation verweigert. Jetzt hat Patient in der linken Niere einen kindskopfgrofsen Tumor, ist stark marantisch, Operation aussichtslos. An der Streckseite der Unterarme kleinste flache Pigmentflecke in grofser Anzahl. Die Autopsie ergab ein Carcinom der linken Nebenniere, das die linke Niere ergriffen und fast zerstört hatte. Verfasser weist auf die Bedeutung dieser Pigmentierungen für die Diagnose von Nebennierenerkrankungen hin.

Symptomatischer Nachweis eines in die Blase durchgebrochenen Gazetupfers, von K. Roerig. Der 32jährige Patient erkrankte unter cystitischen Symptomen, die den Verdacht auf Blasenstein erweckten. Steinklang bei Sondeneinführung. Der Lithotriptor fafste eine weiche Masse. Patient war früher wegen eines Bruches operiert und dabei mufs ein Gazetupfer in der Wunde zurückgeblieben sein, der nun in die Blase durchgebrochen war und durch Sectio alta entfernt wurde.

Zur Technik der galvanokaustischen Operationen bei Irrigationsurethroskopie, von KROPEIT. Verfasser operiert nach Besichtigung und Wasserspülung, indem er die Blase mit Luft füllt, und findet, dafs er die kaustischen Eingriffe so mit gutem Effekt ausführen kann.

Neue Cystoskope, von RINGLEB. Verfasser fügt an das Cystoskop eine Rekossscheibe mit fünf Öffnungen mit verschiedenen Brillengläsern, die es ermöglichen, sich neuer lichtstarker Cystoskope zu bedienen, ohne auf die Tiefenwirkung der alten, lichtschwachen Systeme zu verzichten. Er preist lebhaft die bedeutend schöneren Bilder, die man mit den neuen Instrumenten erhält.

Kongrefsbericht der 13. Sitzung der Association française d'Urologie, von E. FRANK.

Einige Bemerkungen zur Pyelonephritis, von E. KÜSTER. Verfasser wendet sich gegen einige Unrichtigkeiten in KAPSAMMERS Arbeit über die Pyelitis, speziell nimmt er für sich das Recht in Anspruch, als erster betont zu haben, dafs die Pyelonephritis meist descendierend ist.

Über Elektrisierung der Prostata mittels intermittierenden Induktionsstroms, von G. J. MÜLLER. Verfasser hat einen neuen Apparat zur elektrischen (faradischen) Behandlung der Prostata konstruiert. Die positive Plattenelektrode wird auf die Nates aufgesetzt, die Kathode an die Prostata angelegt, und nun erfolgt die Unterbrechung automatisch durch ein Rad mit Zapfen, getrieben von einem Uhrwerk, das eine der stromschliefsenden Stahlfedern mittels der Zapfen niedergedrückt und so den Strom öffnet.

Zur Kenntnis der eingesackten Blasensteine bei der Frau, von E. FRANK. Die Patientin war wegen Myom vaginal operiert. Zwei Blasenscheidenfisteln mufsten operativ geschlossen werden. Nach einem Jahr Symptome eines Blasensteins. Bei der Sectio alta wurde ein grofser Blasenstein entfernt, unter dem Gefühl des Bruches, es fand sich, dafs seine untere Hälfte, von der er abgebrochen war, in einem an den Mastdarm fixierten Blasendivertikel steckte, aus dem sie nach Spaltung der Blasenwand entfernt wurde.

Zur Frage des Ursprungs der Phosphaturie bei Blennorrhoe, von LOHNSTEIN. LOHNSTEIN weist entgegen den Arbeiten OPPENHEIMS nach, dafs die Herabsetzung der Acidität des Urins nicht durch beigemischtes Prostatitissekret zustande kommt, sondern vasomotorische Sekretionsvorgänge in den Nieren bewirken diese Säureabschwächung: das mittels Ureterenkatheters aufgefangene Nierensekret reagiert in der Regel weit weniger sauer als der Blasenurin, in einzelnen Fällen zeigt es die Merkmale der Phosphaturie. *Hahn-Bremen.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XIX. Januar 1910.

I. **Zur Frage der Lappenelephantiasis und der Transplantation nach KRAUSE,** von A. NIKOLSKI. Verfasser beschreibt zwei Fälle von Lappenelephantiasis, welche beide an der chirurgischen Klinik von Prof. TICHOW in Tomsk mit Erfolg operiert wurden, wobei die Deckung der grofsen Hautdefekte durch Transplantation nach KRAUSE geschah. In dem einen Fall handelte es sich um einen 22jährigen Bauer, welcher von Geburt an einer Geschwulst litt, die bei Eintritt des Kranken in die Klinik ein Drittel des ganzen Kopfes einnahm. Die Geschwulst hatte eine Länge von 17 cm, eine Breite von 8 cm und betraf auf der linken Kopfhälfte die ganze Schläfen-, einen Teil der Scheitel-, die Stirn- und Backenregion. Die Haut über der Geschwulst war fast normal, nur runzelig und stellenweise haarlos. Zur Deckung des

nach Entfernung der Geschwulst entstandenen Hautdefektes wurden Lappen aus der Glutaealgegend genommen, die vor der Transplantation, in physiologischer Kochsalzlösung, ihrer Fettschicht entblöfst worden waren. Einen Monat nach der Operation konnte der Kranke geheilt die Klinik verlassen. Die histologische Untersuchung der Geschwulst ergab eine Verdickung der Epidermis, eine normale Beschaffenheit der Cutis und eine Atrophie der subcutanen Fettschicht. In dem zweiten Fall war die Lappenelephantiasis von geringerer Ausdehnung, indem sie nur die rechte Wange bei einem gleichfalls 22jährigen Bauer betraf. Die Heilung fand per primam, im Laufe einer Woche, statt.

II. **Zwei Fälle von Re-, Superinfektion bei Syphilis,** von Selenew. In dem einen, höchst merkwürdigen Fall wandte sich, im Oktober 1909, ein 27jähriger Mann an Selenew mit einem frischen Ulcus induratum, welches Spirochaetae pallidae enthielt, aufserdem bestand Polyadenitis. Wassermannsche Reaktion positiv. Der Kranke glaubte von seiner Frau infiziert zu sein, die er im Jahre 1908 geheiratet hatte und die im Sommer 1909 ein syphilitisches Kind geboren und bei der Geburt selbst Erscheinungen von Lues bekommen hatte. Die genaue Anamnese ergab aber, dafs Patient zwei Jahre vor der Eheschliefsung einen Schanker gehabt hatte, der vom behandelnden Arzt für einen weichen gehalten worden war. Selenew nimmt aber an, dafs dieses ein harter Schanker gewesen sein mufs, der Kranke seine Frau infiziert und sich selbst von ihr reinfiziert hat. In dem zweiten Fall handelte es sich um einen 24jährigen Juristen, welcher sich im Jahre 1907 syphilitisch infiziert hatte und wegen schwerer Lues mit beständigen Rezidiven, im Laufe von 2½ Jahren, mit neun Hg-Kuren und Jodkalium behandelt worden war. Die letzte Kur fand im September 1909 statt. Schon im Oktober erkrankte der Patient, zwei bis drei Wochen nach einem Coitus, an einem neuen harten Schanker und zwei Papeln auf dem Penis, welche sich sehr bald in gangränöse Schanker umwandelten. Es fanden sich Spirochaetae pallidae und schon drei bis vier Wochen nach dem Auftreten der Schanker fiel die Wassemannsche Reaktion positiv aus. Selenew spricht diesen Fall als Superinfektion an, der aufserdem noch in der Hinsicht interessant ist, dafs die so schnell gangränös gewordenen Schanker sich erst wieder reinigten und der Verlauf der Lues erst besser wurde, als der dem Alkohol stark ergebene Kranke diesen aufgab.

III. **Ein Fall von syphilitischer Superinfektion,** von Abulow. Der 32jährige Kranke von Abulow wies Zeichen frischer Lues (papulo-pustulöses Exanthem) bei gleichzeitig vorhandenen, schon seit 20 Jahren bestehenden, gummösen Geschwüren an den Unterschenkeln, mit Beteiligung der Knochensubstanz, auf. Zuverlässige anamnestische Angaben vermochte der Kranke nicht zu geben.

IV. **Über Pollutionen, Spermatorrhoe und Geschlechtsschwäche, abhängig von der Prostata,** von M. Porosz-Budapest. Nach Analogie des Sphincter vesicae urinae nimmt P. auch das Vorhandensein eines Sphincter am Ductus ejaculatorius an, den er Spincter spermaticus nennt. Derselbe kann durch Tripper, durch Onanie usw. geschwächt werden und dann Anlafs geben zu häufigen Pollutionen, Samenflufs und Geschlechtsschwäche. Verfasser rät diesen Muskel durch Faradisation zu kräftigen.

Arthur Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen.

Klinische Immunitätslehre und Serodiagnostik. Ein Lehrbuch für Ärzte, von A. Wolff-Eisner. (Verlag von Gustav Fischer in Jena, 1910.) Mit Recht hebt der Verfasser in der Einleitung seines Buches hervor, dafs die Gründe der vielen Mifsverständnisse zwischen Bakteriologen und Klinikern darin beruhen, dafs für die Kliniker bisher nur schwer die Möglichkeit bestand, sich mit dem Wesen der Immunitätserscheinungen vertraut zu machen. „Es existierte bis jetzt keine Kompendiöse, für den praktischen Arzt sich eignende Einführung. Es gab die grofsen Handbücher, die selbst für den Fachmann nur Nachschlagewerke sind und die bakteriologischen Lehrbücher, welche neuerdings einen Teil der Immunitätslehre mit abhandeln.“ Es fehlte aber ein Werk, das ohne die Technizismen der Bakteriologie dem in der Praxis stehenden Arzt das Verständnis für die modernen diagnostischen Fortschritte eröffnet, wie sie die moderne Serodiagnostik und alle mit der Immunitätslehre in Zusammenhang stehenden diagnostischen Methoden darstellen. Diese Lücke will der Verfasser mit dem vorliegenden Buche ausfüllen.

Im allgemeinen Teil geht W. ausführlich auf die Grundlagen der Immunitätslehre ein. Er bespricht das Wesen von Infektion und Virulenz überhaupt, die Lehre von den Schutzkräften des Körpers, die Metschnikoffsche Phagocytentheorie und die Opsonintheorie. Ein weiteres Kapitel ist der Ehrlichschen Seitenkettentheorie gewidmet und zuletzt werden in einer durch ihre erst in neuerer Zeit klar gewordene Wichtigkeit gerechtfertigten Breite und Ausführlichkeit die unter dem Namen „Überempfindlichkeit“ zusammengefafsten Tatsachen abgehandelt. Besonders hier konnte er seine eigenen zahlreichen Arbeiten auf diesem Gebiete verwerten. Er betrachtet dann die verschiedensten Krankheitsbilder unter diesem Gesichtspunkt und zählt als auf Überempfindlichkeit beruhend auf: Heufieber, Urticaria, Pellagra, Eclampsie, Vaccination, Syphilis, Pneumonie, Typhus und Tuberkulose.

Im zweiten speziellen Teil geht der Verfasser ausführlich auf die Technik und Theorie der einzelnen serodiagnostischen Methoden ein. Er versteht es vorzüglich in gedrängter Kürze und doch genügender Ausführlichkeit dem Arzte ein Bild dieser für ihn meist weit abliegenden Dinge zu geben. Zudem ist das Buch bis auf die neueste Literatur ergänzt und gibt somit ein getreues Bild des jetzigen Standes aller serodiagnostischen Fragen. *Gunsett-Strafsburg.*

Röntgentaschenbuch (Röntgenkalender). Begründet und herausgegeben von Prof. Dr. Ernst Sommer. II. Band. (Leipzig 1909. Otto Nemnich.) Das Röntgentaschenbuch ist der zweite Band des Röntgenkalenders. Dasselbe bringt jedes Jahr Aufsätze über Neuerungen auf dem Gebiete der Röntgenologie. Dieser zweite Band reiht sich seinem Vorgänger in jeder Beziehung würdig an, als neu bringt er eine sehr praktische Übersicht über die im Laufe des Jahres auf den Markt gebrachten Neuerungen und Verbesserungen, ferner am Ende eine alphabetische Zusammenstellung, also eine Art Adrefskalender, der Röntgeninstitute, hauptsächlich Deutschlands, Österreichs und der Schweiz, die nach und nach auf die ganze zivilisierte Welt ausgedehnt werden soll. — Die Einteilung blieb dieselbe wie im ersten Band. Der technisch-diagnostische Teil enthält 15 Aufsätze, der therapeutische Teil fünf, Behandlung von Gelenkerkrankungen mit Röntgenstrahlen (Moser), über die Therapie der Syringomyelie mit Röntgenstrahlen (de Nobele), über das Problem der homogenen Tiefen-

bestrahlung (SOMMER), Sammelbericht über Röntgenbehandlung (TRAPP), Sensibilisierung und Röntgentherapie (WICHMANN). Die Anschaffung des Buches kann sowohl dem Anfänger als auch erfahrenen Röntgenologen empfohlen werden, besonders als Nachschlagewerk, um in irgendeinem Punkte schnell sich Rat zu holen.

Haas-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

b. *Penis, Urethra, Blase.*

Zirkuläre Elektrolyse der Urethra, von LI VIRGHI. (*Giorn. intern. delle Science med.* XXXI, Fasc. 23.) Verfasser hält die elektrolytische Behandlung sowohl der frischen Infektion als auch der Strikturen für sicher, die Dauer der Behandlung wesentlich herabzusetzen. *Haas-Hamburg.*

Ein Fremdkörper in der Harnröhre, von J. HENRY DOROD-Buffalo. (*New York med. Journ.* 6. Nov. 1909.) Der Fall ist wegen des Alters des Patienten (55 Jahre), der die Gewohnheit hatte, mit einer (Hut-) Nadel Masturbation zu treiben, bemerkenswert. Dieselbe blieb einmal in der Harnröhre stecken und verursachte ein etwa kastaniengrofses Haematom, etwa 6 cm vom Orificium entfernt. Nach Endoskopie gelang die Entfernung des Fremdkörpers. *Stern-München.*

Entfernung eines Fragments eines filiformen Bougies aus der Harnröhre eines Mannes ohne Operation, von V. C. PEDERSEN-New York. (*Med. Record.* 20. Nov. 1909.) Bei der Einführung filiformer Bougies und angeschlossener Sonden sollte die Möglichkeit in Erwägung gezogen werden, dafs das anscheinend die Striktur passiert habende Bougie sich nur umgebogen hat. In dem von P. mitgeteilten Falle zerbrach die nachfolgende Sonde das umgebogene (übrigens aus Fischbein hergestellte) filiforme Bougie, doch gelang es, das Fragment im Endoskop einzustellen, mittels der Harnröhrenzange zu fassen und zu entfernen. *W. Lehmann-Stettin.*

Sonden und Dilatatoren, von A. RAVOGLI-Cincinnati. (*Transact. of the American Urolog. Assoc.* 1908.) Obwohl R. zugibt, dafs es einzelne Fälle gibt, in denen die OBERLÄNDER-KOLLMANNschen Instrumente an ihrem Platze sind, tritt er doch mit Nachdruck für die metallischen Sonden ein, die in den meisten Fällen nicht nur vollständig genügen, sondern auch bei geeigneter Verwendung bessere Endresultate geben, als die für spezielle Indikationen zu reservierenden Dilatatoren. Er bevorzugt Sonden mit der BENIQUÉschen Krümmung. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Hyperämiebehandlung der Harnröhre mit heifsen Sonden, von MORIZ POROSZ-Budapest. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 28.) P. versucht seit einiger Zeit, bei Strikturen des vorderen Harnröhrenabschnittes durch lokale Wärmeapplikation Hyperämie der Schleimhaut und damit eine Erweichung des verengten, chronisch entzündeten, infiltrierten Gewebes herbeizuführen. Er verwendet dazu gerade, kurze, stumpfkonisch zulaufende Wasserzirkulationssonden, die innen mit einer fast bis ans Ende reichenden Scheidewand und aufsen mit Zu- und Abflufsrohr versehen sind; durch diese Sonden läfst er von einem Irrigator aus Wasser von 50—56° C durchfliefsen. Dabei wird die ganze Harnröhre durchwärmt; die Temperatur steigt im Inneren der Urethra auf 39,6°, auf der Aufsenfläche des Penis wird sie um 1° höher.

Die Erfahrungen des Verfassers über die Wirksamkeit der Methode sind zurzeit noch gering; immerhin scheinen sie zu beweisen, dafs rigide Strikturen lockerer und weicher werden.

Hyperämiebehandlung der Pars posterior der Harnröhre hat P. noch nicht vorgenommen; sie liefse sich mittels des von ihm angegebenen Harnröhrenpsychrophors leicht ausführen. — Vielleicht gelingt es auch, mit dem neuen Verfahren die Gonokokken, die ja bei 40° C ihre Lebensfähigkeit einbüfsen, in der Harnröhre zu vernichten.

Die Instrumente werden von Simon & Breuer, Budapest, Kerepesiút 32, in den Handel gebracht. *Götz München.*

Zur Endoskopie der Urethra anterior mit dem Goldschmidtschen Irrigationsurethroskop, von A. Schlenzka-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 26.) An der Hand von einigen Fällen, wo Paralleluntersuchungen mit dem Valentinschen Instrument, ausgeführt von sachkundiger Seite (Dr. Lewin), und dem Goldschmidtschen Irrigationsurethroskop angestellt wurden, kommt Autor zu dem Schlufs, dafs man mit dem Irrigationsurethroskop manchmal mehr sehen kann als mit der alten Methode. *Arthur Schucht-Danzig.*

Erfahrungen mit der Goldschmidtschen Endoskopie der hinteren Harnröhre, von Julius Heller-Charlottenburg-Berlin. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 34.) Besprechung der Goldschmidtschen Endoskopie nach Erfahrungen des Verfassers, die ihn zu folgenden Schlüssen führen:

Die Endoskopie der hinteren Harnröhre nach Goldschmidt sei eine für die feinere Diagnose der Harnröhrenerkrankungen unentbehrliche Methode. Bei richtiger Technik und Indikation ist sie absolut gefahrlos für den Kranken; sie verleiht unserer Therapie aber erst die erforderliche Sicherheit. Es sei zu erwarten, dafs eine Anzahl von Affektionen, die bisher der sexuellen Neurasthenie zugezählt wurden, eine klinisch pathologische Erklärung finden werden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Die neueren Methoden der hinteren Urethroskopie, von G. Praetorius-Hannover. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 19.) An der Hand von vier mit dem Wossidloschen Urethroskop untersuchten und behandelten Fällen bespricht Verfasser die Vorteile dieses Instrumentes. Im Vergleiche mit dem Urethroskop von Goldschmidt habe das Instrument von Wossidlo sehr viele Vorzüge: Es ist viel handlicher, weil die Wasserspülung wegfällt. Dann bleiben alle die leichten Formen der Entzündung bei seiner Einführung völlig unverändert, was für die Therapie von gröfster Wichtigkeit ist. Alle Eingriffe in der Pars posterior können mit dem Wossidloschen Urethroskop ebensogut ausgeführt werden, wie mit dem von Goldschmidt, ausgenommen nur die direkt am Blasenrande gelegenen Erkrankungen, da derselbe hier nicht zum Gesicht gebracht werden kann. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über die Technik der urethroskopischen Untersuchung, wie über endourethrale Eingriffe, von Michailow. (*Wratschebnaja Gaseta.* 1909. S. 1385.) Ohne auf die vom Verfasser beschriebene, bekannte Technik der urethroskopischen Untersuchung näher einzugehen, sei nur erwähnt, dafs er bei der Untersuchung der Kranken in einer gröfseren Anzahl von Fällen, im prostatischen Teil der Harnröhre, Papillomchen gefunden hat, die er teils mit der Matthieu-Windlerschen Schere, teils mit einem von ihm selbst angegebenen, stemmeisenartigen Messer oder endlich mit einem cylindrischen Messer entfernt. *Arthur Jordan-Moskau.*

Ein verbessertes Operationscystoskop zur endovesikalen Beseitigung von Blasentumoren, von H. Lohnstein-Berlin. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 41.) Bei Benutzung des Nitzeschen Cystoskops zur Entfernung der Tumoren in der Nähe des Blasenhalses oder an einem der Ureterenostien wird das Gesichtsfeld in der Regel in dem

Augenblicke, in welchem man mit der Schlinge an den Tumor herantritt, ins Dunkel gehüllt. Die Ursache hiervon ist die relativ grofse Länge des geraden Schenkels mit der Lampe, dessen Spitze sich in die Blasenschleimhaut einbohrt, wodurch einerseits die Lampe von der Schleimhaut bedeckt wird und das Gesichtsfeld verdunkelt, andererseits die Schleimhaut von der Lampe erhitzt, zuweilen verbrannt (Schmerzen!) und endlich der Tumor von der Schlinge teilweise abgedrängt wird. Verf. liefs nun eine platte und schmale Lampe in die Wandung des die Optik führenden Kanals einfügen und dieselbe diesseits des Prisma verlegen; die Länge der geraden, aus dem Schlingenkanal hervorsehenden Spitze des Schaftes wird somit beinahe auf die Hälfte reduziert, so dafs die Lampe nirgends die Blasenschleimhaut berührt.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Indikationen und Kontraindikationen für die endoskopische Operation der Harnblasengeschwülste, von Pasteau. (*Ann de la Policlin. centr.* 1909. Nr. 6.) Die cystoskopische Operation sei vor allem da angezeigt, wo man mit einem einzigen Harnblasentumor zu tun hat. In Fällen von zahlreichen Geschwülsten sei der endovesikale Eingriff nur dort angezeigt, wo die einzelnen Tumoren sehr klein sind und hauptsächlich, wo es sich um kleinere Rezidive nach der Blasenschnittoperation handelt. Je gröfser die Geschwulst ist, desto weniger ist es am Platze, sie endovesikal zu entfernen; die Gröfse einer Mandel bilde in der Regel die Grenze. Eine weitere Bedingung für die endovesikale Entfernung der Blasengeschwülste bilden deren scharfe Umrisse; alle Fälle von malignen Geschwülsten geben hier eine Kontraindikation. Sehr geeignet sind für die endovesikale Operation die gestielten Tumoren; die ungestielten geben eher eine Kontraindikation; aber auch die gestielten, die sehr gefäfsreich sind, dürfen nicht endovesikal entfernt werden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Pathologisch-anatomische Untersuchungen über das Vorkommen von elastischen Fasern in der Blase und den Samenbläschen, von Rassaboni. (*Il Policl.* XVI, Fasc. 11.) In der Blase und den Samenbläschen findet durch einen natürlichen Ersatz eine Neubildung von elastischen Fasern statt. Diese kann durch einen infektiösen Prozefs sehr schwach gemacht oder auch aufgehoben werden.

Haas-Hamburg.

Über nervöse Blasenstörungen, von Hahn-Budapest. (*Urologia*, Beiblatt des *Budapesti Orvosi Ujság*. 1909. Nr. 4.) Man kennt eine ganze Reihe von Erkrankungen des Gehirns, des Rückenmarkes und des ganzen Nervensystems, die schon zu einer Zeit, in der ein anderes Symptom dieser Erkrankungen nicht nachgewiesen werden kann, schwere Störungen der Blasentätigkeit hervorrufen können. Jeder Fortschritt auf dem Gebiete der urologischen Diagnostik zog die Grenzen der Blasenstörungen nervösen Ursprungs enger. Es wurden vielleicht noch niemals Erkrankungen der Blasennerven beobachtet. Verfasser beobachtete folgende Fälle: Ein neunjähriger Junge fiel vor drei Monaten von einer Telegraphenstange; er erlitt eine Gehirnerschütterung, lag einen Tag besinnungslos und liefs drei Tage lang Urin und Stuhl unter sich. Heute besteht bei ihm ständig Tag und Nacht Harntröpfeln. Vier- bis fünfmal täglich uriniert Patient spontan. Nach regelmäfsigem Katheterisieren trat einige Besserung ein. Fünfzehn Monate nach der Verletzung ist noch immer keine vollkommene Heilung eingetreten. — Ein 47jähriger Mann ist zwischen zwei Puffer geraten. Zwei Rippen, das Schlüsselbein erlitten einen Bruch, die zweite, dritte und vierte rechtsseitige Rippe ragt mit ihrem sternalen Ende über den Rand des Sternums hinaus und ist unter der Haut fühlbar. Zwei Tage lang bestand vollkommenes Harnstocken. Einmal hatte Patient spontan Stuhl. Sechs Wochen war er bettlägerig und wurde täglich katheterisiert. Harntröpfeln mit unvollständiger Verhaltung des Harns. Schwerer Blasenkatarrh, der erst nach 4½ monatlicher Behandlung heilte. Im fünften

Jahre nach der Verletzung war der Zustand noch unverändert. Weder in dem ersten, noch in dem zweiten Falle waren seitens des Nervensystems andere Störungen nachweisbar. — Bei einem 28jährigen jungen Mann bestand Harntröpfeln und unvollständige Harnverhaltung, bei sonst gesundem Nervensystem. Das Harntröpfeln trat in Form von psychischen Harntröpfeln auf. Zwei Monate später hörte es auf, fünf Monate später trat es aber wieder von neuem auf. Ein Jahr später ist es gelungen, an den unteren Gliedmaſsen eine unempfindliche Stelle nachzuweisen. Eine hochgradige Steigerung der Reflexe und Nystagmus wurde konstatiert und das vielgestaltige Bild der Sklerose war auch da irrig. Die wirkliche Blasenneurose ist rar, aber sie existiert. Man kennt die Patienten, die mit voller Blase im Vorzimmer sitzen und kaum erwarten können, daſs sie den Harn entleeren. Endlich könnte er urinieren. Er steht mit dem Glase in der Hand und kann nicht urinieren, bis man ihn allein läſst und aus dem Zimmer hinausgeht. Manchmal gelingt es auch dann nicht. Man sieht oft Fälle, bei denen eine lange Zeit das Krankenbild der Blasenreizung besteht. Später stellt es sich heraus, daſs man mit frühen Formen der Nierentuberkulose zu tun hatte. Verfasser sah auch zwei ähnliche Fälle. Eine 36jährige Frau litt seit $1^1/_2$ Jahr an den beschriebenen Symptomen. Die Patientin wurde operiert. In der linken Niere wurden wenige käsige Herde gefunden. — Bei einem 24jährigen Mädchen war der Urin kristallrein, pathologische Elemente wurden nicht gefunden. Bei Tuberkulinimpfung trat lebhafte Reaktion ein. Patientin willigte nicht in eine Operation. Seither magerte sie ab, und manchmal fieberte sie. Urin ist öfters ein bis zwei Tage trüb. — Nach Morphiumvergiftung sah Verfasser bei einem 63jährigen Patienten Polyurie mit ziemlichen Harndrang. In der ersten Nacht trat vollkommene Harnverhaltung auf. Mit fünfmaligem Katheterismus wurden mehr als 4 l Urin entleert. Am nächsten Tage vollkommen Restitutio ad integrum. Ähnliche Fälle veranlaſsten Verfasser auch in anderen Fällen, bei denen man Blasenneurose diagnostizieren muſste, das Blasenleiden auf chronische Intoxikation zurückzuführen. Es sind oft Autointoxikationen seitens des Darmes infolge chronischer Stuhlverstopfung, zumeist bei Frauen und Mädchen. Konsequent und energisch durchgeführte Kuren wirkten Wunder.

Porosz-Budapest.

Intravesikale Auflösung fettartiger Fremdkörper, von C. Posner-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 34.) In die Harnröhre einer Patientin eingeführte Stäbchen aus Oleum cacao waren zum Teil in die Blase gelangt und die Masse hatte Beschwerden wie ein Blasenstein verursacht. Der Schmelzpunk dieses Oleum cacao ist 33° C; die Ursache davon, daſs trotzdessen die Fette in der Blase (bei ca. 37° C) auskristallisiert waren, kann Autor nicht erklären. Es wurden nach Lohnstein 15 ccm Benzin in die Blase injiziert und 15 Minuten darin belassen. Danach sofortige Auflösung und Ausspülung der Fettmassen; Heilung. Es wird zur Vorsicht bei Anwendung von Urethralstäbchen gemahnt. Die von dieser Patientin gebrauchten überschritten die vorschriftsmäſsige Länge von 6 cm. *Arthur Schucht-Danzig.*

Zur Behandlung der Blasenfistel, von B. Burmeister. (*Zentralbl. f. Chir.* 1910. Nr. 6.) Zum definitiven Verschluſs der Blasenfistel nach Freyerscher Prostatektomie gibt B. eine Methode an, die auf Zukleben der Fistel mit Wederhakeschem Dermagummit beruht. Details sind im Original nachzulesen. *Gunsett-Straſsburg.*

Exstrophia vesicae urinariae. 15 Jahre Maydls Radikaloperation und deren Modifikationen, von Jaro Jelínek-Brünn. (*Med. Blätter.* 1909. Nr. 24 u. 25.) Auszug aus einer umfassenden Originalarbeit, die auf Umfragen bei einer groſsen Reihe der bedeutendsten Chirurgen der Welt beruht und deren Resultate statistisch verwertet.

W. Lehmann-Stettin.

Zur Ätiologie der Cystitis im Säuglingsalter (Bacillus bifidus communis und Paracolibacillus), von E. Rach und A. v. Reuss-Wien. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 50, Heft 2.) Ein zwei Monate alter, von Geburt an künstlich ernährter, gut entwickelter Knabe erkrankt akut unter den klinischen Erscheinungen eines Icterus catarrhalis; eine Woche später ergibt die Harnuntersuchung Cystitis. Der Ikterus verliert sich nach 10—14 Tagen allmählich, die Symptome der Cystitis halten aber trotz Verabreichung von Urotropin unverändert an und der Prozeſs geht sogar auf die Nieren über (Zunahme des Eiweiſses, Auftreten von Cylindern im Harn). Re- und intermittierendes Fieber, Gewichtsstillstand, dann Abnahme, bronchopneumonische Herde; unter rasch zunehmendem Verfall erfolgt am 42. Krankheitstage der Tod. Die Sektion ergab: Cystitis, Pyelonephritis, rekrudeszierender Darmkatarrh. Die bakteriologische Untersuchung des Harns und (nach dem Tode) der Niere, Blase und Milz ergibt ein dem Bacterium coli commune nahestehendes Bakterium, das sich von diesem aber durch verschiedene Eigenschaften unterscheidet, daher von Verfassern den Paracolistämmen einverleibt wird. Neben diesem Stamm findet sich im Harn und nach dem Tode in Niere und Blase mikroskopisch und kulturell ein mit dem Bacillus bifidus communis Tissier identisches Stäbchen. Bei der Seltenheit des Falles — in der ganzen Literatur fanden Verfasser nur eine einzige Angabe über pathogenes Verhalten dieses im Säuglingsdarm ungemein häufig vorkommenden Anaerobions — halten sie die eingehende Beschreibung des vorliegenden Falles für gerechtfertigt. Bezüglich der Ätiologie erscheint es ihnen als sicher, daſs der Darm als Infektionspforte anzusehen ist, wenn es auch nicht gelang, die in der Blase gefundenen Bakterien aus dem Harn der Darmbakterien zu isolieren. *Stern-München.*

Cystitis dolorosa, von C. Posner. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 42.) Hinter der Bezeichnung Cystitis dolorosa, d. h. einer chronischen Cystitis mit starken Anfällen von Schmerz und Harndrang, können sich verschiedene Krankheitsprozesse verbergen. Oft ist das Symptomenbild nicht durch entzündliche, sondern durch nervöse Ursachen bedingt, bei den „Crises vesicales“ durch Tabes und andere zentrale Störungen. Weitere Ursachen sind Leukoplakie oder Malakoplakie der Blase (v. Hansemann), ein Stein, endlich Geschwürsbildungen am Blasenhalse. In der Regel ist die Cystitis dolorosa eine Cystitis ulcerosa. Es gibt nicht nur „katarrhalische Geschwüre“, sondern auch ein Ulcus simplex vesicae, vergleichbar dem runden Magengeschwür. Endlich kann auch Tuberkulose die Ursache sein. Demgemäſs ist die Therapie sehr verschieden. Für tuberkulöse Ulcerationen nahezu charakteristisch ist ihre schlechte Reaktion auf Argentum nitricum - Instillationen. Dagegen tun hierbei Instillationen mit Sublimat 1 : 4000 — 1 : 500 zumeist gute Dienste. Nichttuberkulöse Ulcerationen werden durch Argentuminstillationen meist gebessert. Am schwierigsten, rein symptomatisch ist die Behandlung, wenn ein Tumor am Blasenhals lokalisiert ist. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein eigenartiges Vorkommen des Bacillus pyocyaneus in der Blase, von P. Sommerfeld-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 44.) Kurzer Bericht über ein sonst ganz gesundes Mädchen, das zeitweilig einen stark grüngefärbten Urin entleerte. Die Untersuchung desselben ergab das Vorhandensein des Bacillus pyocyaneus, der auf Agarplatten in zahlreichen Kolonien auswuchs und sich für weiſse Mäuse als stark virulent erwies. Auf Chloroformzusatz schied der Urin eine stark blaue Farbmasse, Pyocyanin und Bakteriofluorescin aus, blieb aber selbst nachher noch leicht gelbgrün gefärbt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Anwendung des Kollargols bei Cystitis, von Grammnitzki. (*Russki Wratsch* 1909. S. 1496) Verfasser rühmt die Anwendung von 1%iger Kollargollösung bei verschiedenen Formen von Cystitis, so z. B. blennorrhoischer wie auf

Prostatahypertrophie berubender. Vorher spült er die Blase mit 3 %iger Borlösung sorgfältig rein und giefst dann 100 ccm der Kollargollösung in die Blase ein, welche der Kranke solange hält, bis Harndrang sich einstellt. *Arthur Jordan-Moskau.*

Über Blasentuberkulose, von I. Farkas-Budapest. (*Urologiai Szemle*, Beiblatt des *Orvosi Hetilap*. 1910. Nr. 4.) Verfasser stellte von 63 Fällen nur in einem einzigen primäre Blasentuberkulose fest. Dieser Umstand, so auch die Erfahrungen anderer lassen es zweifelhaft erscheinen, dafs der Prozefs von den Nieren auf die Blase übergeht. Verfasser fafst seine Beobachtungen in folgendem zusammen: 1. Blasentuberkulose heilt nicht nach direkter Behandlung. 2. Sie ist in überwiegendem Teile eine sekundäre Erkrankung. 3. Nach Entfernung der Niere oder des Hodens heilt sie im Anfangsstadium spontan auch dann, wenn schon kleine Abscesse vorhanden sind. 4. Das Waschen der Blase ist kontraindiziert, weil es nicht nur den Zustand verschlimmert, sondern weil die durch das Waschen ausgelösten Blasenkontraktionen und antiperistaltischen Bewegungen des Ureters auch die Ansteckung der gesunden Niere hervorrufen können. 5. Ein spezifisches Heilmittel hat die Blasentuberkulose nicht und ein Erfolg kann nur da erzielt werden, wo der Abscefs direkt (bei Frauen durch den Kelly-Spiegel) geätzt werden kann. 6. Argentum nitricum ist in Form von Waschungen verpönt. In Form von Einträufelungen wirkt es stillend und ist sogar in konzentrierten Lösungen auch zum Pinseln geeignet. 7. Bei Blasenprozessen von grofser Ausdehnung sind wir ganz machtlos. Ein operatives Eingreifen, Epicystotomie, Blasenauskratzung usw., kann nicht empfohlen werden.

Porosz-Budapest.

Die Diagnose und Therapie der Blasen- und Nierentuberkulose, von Casper. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 22.) Casper fafst das Ergebnis seines auf der sechsten Versammlung der Tuberkuloseärzte erstatteten Referates in folgende Sätze zusammen:

Die Tuberkulose des Harntraktus beginnt fast immer in der Niere. Primäre Blasentuberkulose ist sehr selten. Die Urogenitaltuberkulose betrifft 5% aller Fälle von Tuberkulose des Harn- und Geschlechtsapparates. Die Tuberkulose der Nieren beginnt immer einseitig und bleibt meist so auf Jahre hinaus. Zum Nachweis der Tuberkulose des Harntraktus gehört der Befund von Bazillen, sei es durch Mikroskop oder Tierexperiment.

Es ist mit allen Kräften auf frühe Diagnose hinzuwirken. Zu diesem Behufe soll jeder nicht aufgeklärte Fall von Eiterung oder Blutung der Harnwege auf Tuberkulose untersucht werden.

Die Feststellung, dafs eine Tuberkulose im Harnapparat überhaupt vorliegt, ist das wichtigste und genügt vorerst. Die Präzisierung der Diagnose in bezug auf Ort und Ausbreitung kann Sache des Urologen bleiben.

Jeder operable Fall von Nierentuberkulose soll operiert werden.

Die konservative Behandlungsmethode mit Tuberkulin ist als wirkungsvoll bisher noch nicht erwiesen.

Das beste Mittel zur Bekämpfung der Blasentuberkulose ist die Entfernung der erkrankten Niere und die Nachbehandlung mit Sublimat- und Tuberkulininjektionen.

Arthur Schucht-Danzig.

Beiträge zur spezifischen Behandlung der Blasentuberkulose, von W. Karo-Berlin. (*Tuberkulosis.* 1909. Nr. 11.) Entgegen dem von einigen Autoren sehr energisch vertretenen Standpunkt der Notwendigkeit einer durchgreifenden chirurgischen Behandlung der Urogenitaltuberkulose tritt K. für eine spezifische Therapie mit Injektionen von Tuberkulin (Alt), eventuell in Kombination mit anderen Tuberkulosemitteln, wie Arsen, Kreosot und namentlich Chinin, ein. Als „Tuberkinin" wird ein

Präparat zur intraglutäalen Injektion empfohlen, das eine Vermengung von Chininum lacticum (0,1) mit Alttuberkulin in abgestuften Mengen von 0,001 mg aufwärts enthält. Bei einem 18jährigen Mädchen mit hochgradiger Blasentuberkulose erzielte Verfasser durch eine systematisch fortgesetzte Kur damit eine erhebliche Besserung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein schleimbildendes Cystadenom der Harnblase, von Rudolf Bayer-Zürich. (*Virchows Arch.* Bd. 196, Heft 2.) Bei einem 39jährigen, an Tetanus gestorbenen Manne fanden sich an der Hinterwand der Blase stecknadelkopf- bis haselnuſsgroſse, rundliche, zuweilen konfluierende, knotige Bildungen in Form eines breiten, quergestellten Bandes mit glatter, glänzender Oberfläche. Auf Grund des mikroskopischen Befundes handelt es sich um schleimbildende Cystadenome. Mit Saltykow nimmt Bayer an, daſs die Cysten aus verschiedenen, grundsätzlich untereinander gleichartigen Epithelabschnürungen, hauptsächlich aus Brunnschen Nestern entstehen, und daſs sich an der Bildung des kolloiden Inhalts das aus Kapillaren herstammende Blut beteiligt.

Schourp-Danzig.

Beitrag zum Studium der Malakoplakia vesicae urinariae, von Hermann Schmid-Genf. (*Rev. méd. de la Suisse rom.* 1909. Nr. 11.) In der vorliegenden Arbeit teilt der Verfasser acht im pathologischen Institut von Genf (Prof. Askanazy) beobachtete Fälle der von Hansemann im Jahre 1902 zum ersten Male beschriebenen Erkrankung mit. Die beiden ersten Fälle können als typisch bezeichnet werden und entsprechen dem allgemein beschriebenen Krankheitsbilde.

Der erste betraf eine 41jährige Frau, welche an chronischer interstitieller Nephritis starb. Klinisch hatten sich nie Blasensymptome bemerkbar gemacht. Bei der Autopsie fanden sich in der Blase im Trigoneum und im seitlichen Blasenfundus hellbraune, ovuläre, vorspringende Plaques von der Gröſse einer Stecknadel bis zu einer Bohne. Manche sind erodiert. Sie bestehen mikroskopisch aus einer Anhäufung von sogenannten „groſsen Zellen“ mit einem Kern, der sich mit Hämatoxylin färbt. Das Zwischengewebe zwischen den Zellen befindet sich in einem Zustande von fibrinös-hyaliner Imbibition. Teils in den „groſsen Zellen“ eingeschlossen, teils frei findet sich eine Masse von kleinen Körperchen, welche das Licht stark brechen. Mit Hämatoxylin färben sie sich intensiver als die Kerne. Sie haben eine sphärische Gestalt mit konzentrischer Streifung. Sie zeigen beinahe alle die Eisenreaktion. In den oberflächlichen Gewebsschichten werden coliähnliche, gruppenweise angeordnete Stäbchen nachgewiesen.

Der zweite Fall betraf eine 42jährige Frau, die an Lungentuberkulose gestorben war. Sowohl klinisch als mikroskopisch stimmte der Fall mit dem vorhergehenden überein, auſser daſs er sich durch ein viel reicheres Vorkommen von Lymphocyten und ein selteneres Vorkommen von korpuskulären Elementen auszeichnete.

Im dritten Falle handelte es sich um einen 68jährigen Mann, dessen Sektionsprotokoll Hypertrophie der Prostata, Cystitis, Phlegmone der Bauchwand, Peritonitis diffusa aufwies. Mikroskopisch differierte er insofern von den anderen, als es sich um einen relativ akuten Entzündungsprozeſs handelte und die Plaques mit polynukleären Leukocyten durchsetzt waren.

Aus der Vergleichung der Literatur mit seinen eigenen Fällen kommt der Autor zum Schluſs, daſs das Charakteristikum der Malakoplakie der Harnblase die „groſsen Zellen“ und die freien oder in denselben eingeschlossenen Körperchen bilden. Es gibt aber auch Pseudomalakoplakien, welche entweder tuberkulöser Natur oder, wie im dritten Falle des Autors, akute Entzündungen sind. Die „groſsen Zellen“ stammen von den Fibroblasten oder von den Plasmazellen ab. Sekundär imbibieren sich die korpuskulären Elemente mit einer eisenhaltigen, oft auch kalkhaltigen Substanz. Sie haben eine organische Grundlage. *Gunsett-Straſsburg.*

Die intravesikale Operation der Blasengeschwülste, von R. Kutner-Berlin. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg.* 1909. Nr. 8 u. 9.) Nach Besprechung des Operationscystoskops und der Indikationen und Kontraindikationen der intravesikalen Operation der Blasengeschwülste kommt Verfasser zum folgenden Schlusse: „Wie der praktische Arzt es sich zum Gesetz machen mufs, jeden bei sonstigem Wohlsein an Hämaturie erkrankten Patienten unverzüglich der cystoskopischen Untersuchung zu unterwerfen, um einen etwaigen Blasen- oder Nierentumor zu ermitteln, so darf nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft eine gutartige Blasengeschwulst erst dann mittels Sectio alta in Angriff genommen werden, wenn die Unausführbarkeit der endovesikalen Operation erwiesen ist." *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Transperitoneale Operation zur Entfernung von Blasenneubildungen, von E. S. Judd-Rochester. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 26.) Die von Francis B. Harrington im Jahre 1893 zuerst ausgeführte intraperitoneale Cystotomie wandte J. in 15 Fällen von Blasentumoren an. Er hatte nur einen Todesfall dabei, der einen 71jährigen Mann mit einem die Hälfte der Blase einnehmenden Carcinom betraf.

Schourp-Danzig.

Partielle Resektion der Blase wegen Epithelioms, von W. F. Cholmely-Wolverhampton. (*Brit. med. Journ.* 18. Dez. 1909.) Nachdem die cystoskopische Untersuchung die Diagnose eines Tumors der Blase bestätigt hatte, eröffnete C. die Blase von der Bauchwand her, legte nach Durchtrennung des M. rectus abdominis die äufsere Blasenwand im Gebiete des 6 cm im Durchmesser betragenden, an der rechten Seite oberhalb des Orificium des Ureters gelegenen Tumors frei und entfernte letzteren mitsamt der ganzen Dicke eines entsprechenden Gebietes der Blasenwandung. Naht mit Drainage und Einlegen eines Verweilkatheters durch die Urethra. Es erfolgte vollständige Genesung, welche zurzeit, sechs Monate nach der Operation, unverändert vorhält. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein selbsthaltender Ringspatel bei Blasenoperationen, von Wilhelm Tittinger-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 5.) Bei der Sectio alta ist das Operationsgebiet an sich klein; um die manuelle Beihilfe, die stets eine weitere Verkleinerung in optischer und mechanischer Beziehung in sich schliefst, zu reduzieren, zugleich eine gleichmäfsige, fixe, den subjektiven Schwankungen der Assistenz entzogene Blasenentfaltung zu erreichen, wurde die Konstruktion eines „selbsthaltenden Ringspatels" versucht. Beschreibung und Abbildung, die die Applikation und Wirkung des Instruments gut veranschaulichen, sind in der Arbeit nachzusehen.

W. Lehmann-Stettin.

Das Verlassen der perinealen Operationsmethoden, von F. Cathelin. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 43.) Kurze historische Bemerkungen über die Entfernung von Blasensteinen vom Perineum aus und über die perineale Prostatektomie; beide Methoden sind heute vollständig aufgegeben, um „auf der Szene der Harnchirurgie nicht wieder zu erscheinen": an die Stelle der Sectio perinealis ist die Lithotripsie getreten, und die perineale Prostatektomie ist von der transvesikalen Operation Freyers verdrängt worden, sie kommt nur noch ausnahmsweise für die Entfernung sklerotischer Vorsteherdrüsen in Betracht. *Götz-München.*

Daten zum Operationsverfahren bei Blasensteinen, von E. Zilahy-Budapest. (*Urologia,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 4.) Verfasser beobachtete vier Fälle, von denen ein Fall tödlich endete. Sektion ergab zweiseitige Pyelonephritis. In der Nachbehandlung ist der ständige Katheter überflüssig, denn die Entleerung der Blase mittels Katheter in kurzen Intervallen entspricht besser dem Zwecke der Heilung. *Porosz-Budapest.*

Neuer Apparat zur völligen Drainage der Blase nach suprapubischer Cystotomie, von Lewis Wine Bremerman-Chicago. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 52, Nr. 17.) Durch einen Y-Ansatz wird der Drain mit einem Irrigatorschlauch verbunden. Durch diesen strömt die Spülflüssigkeit, welche von einem Irrigator aus durch ein Glas mit selbsttätiger Kippvorrichtung in bestimmten Pausen herunterfließt.

Schourp-Danzig.

Die Technik der Lithotripsie, von E. Remete-Budapest. (*Urologia,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 4.) Bezüglich der Gröſse der Steine, die nach Verfassers Ansicht bis zu einem Durchmesser von 6 cm zertrümmert werden können, steht Verfasser auf dem Standpunkte, daſs diese Gröſse jedenfalls als äuſserste Grenze angesehen werden soll, aber auch bei viel kleineren Steinen muſs man auf den Zustand der Blase und der Niere Rücksicht nehmen und auch das Alter und die Kräftezustände des Patienten in Erwägung ziehen, denn nur der günstige oder ungünstige Stand der Gesamtheit dieser Umstände kann maſsgebend sein, um so eher, da mit Hilfe vortrefflicher diagnostischer Hifsmittel diese Verhältnisse heute sehr leicht klar gestellt werden können. Von 60 Fällen des Verfassers endeten 1,8% letal. (Alte, längstbekannte Sachen. Ref.) *Porosz-Budapest.*

Über seltene Fremdkörper der Blase, von Kielleuthner-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 31.) Der eine Fall betraf einen 36jährigen Herrn, welcher zur Bekämpfung des wegen Strikturen und Prostatitis nachts ungemein häufigen Urindrangs sich einen 1 m langen Gummischlauch durch die Harnröhre als permanente Blasendrainage für die Nacht einführte. Begünstigt durch häufige Erektionen erfolgte nach kurzer Zeit während des Schlafes das Hineinschlüpfen in die Blase. Mittels Cystoskopie wurde schlieſslich der schlingenförmig gelagerte, schon brüchige Schlauch entfernt. Der andere Fall betraf einen 57jährigen Goldarbeiter, der sich behufs Harnentleerung 26 Jahre (!) zuvor einen 18 cm langen Golddraht eingeführt hatte. Das rauhe Ende war Sitz von Steinbildung geworden, der glatte Teil des Drahtes war unverändert geblieben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bericht über die Häufigkeit der Rezidive bei Blasensteinen nach deren Entfernung auf Grund von 160 Operationen, von F. A. Southam-Manchester. (*Lancet.* 5. Juni 1909.) Nach der mitgeteilten Übersicht ergibt die Lithotripsie ebensogute Resultate wie die Eröffnung der Blase; S. hat bei 149 Patienten (139 Männern, 10 Frauen) 160 Operationen ausgeführt. Die Frauen wurden (bis auf eine) alle durch Erweiterung der Urethra behandelt und blieben rezidivfrei. Von den 56 durch Lithotripsie behandelten Männern hatten 7,1%, von den lithotomierten 7,2% Rezidive zu verzeichnen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Steinzertrümmerung versus Steinschnitt. Anonym. (*Therap. Gazette.* Juli 1909.) In Indien, wo Blasensteine etwas auſserordentlich häufiges sind, haben die Chirurgen an einem groſsen Materiale Gelegenheit, sich in die technischen Einzelheiten der Steinzertrümmerung so einzuarbeiten und eine solche Geschicklichkeit anzueignen, daſs sie mit einer Mortalität von 1—3% die Zertrümmerung dem Steinschnitt bei weitem vorziehen; freilich ist diese Übung am groſsen Materiale eine wesentliche Vorbedingung, da die meisten Autoren unter ihren ersten 50—100 Fällen gelegentlich eine Mortalität bis 13 und 14% erreicht haben. Jedenfalls sollten sich Chirurgen die Gelegenheit zum Erlernen dieser wichtigen Technik in Indien nicht entgehen lassen. „Wenn Indien Deutschland wäre, so würde es von europäischen und amerikanischen Chirurgen zwecks Fortbildung bald überlaufen werden.“

W. Lehmann-Stettin.

Entfernung eines groſsen, etwa 1½ Pfund schweren Blasensteins durch hohen Blasenschnitt; Genesung, von W. W. Hearne-Melbourne. (*Lancet.* 13. Nov.

1909.) Die 39jährige Patientin hatte seit etwa zwölf Jahren an Schmerzen im Unterleib gelitten und hatte in den letzten sechs Monaten über sehr intensive Beschwerden zu klagen gehabt. Die Entfernung des rundlichen, durch Lithotriptor nicht zu zerkleinernden 748 g schweren Steines gelang erst nach ausgiebigster Eröffnung der Blase bei Ablösung des derselben zugehörigen Teiles des Peritoneums.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zur Diagnose der Blasensteine, von Fr. Weisz-Budapest. (*Gyógyászat.* 1909. Nr. 51.) Steinsonde und Cystoskop lassen oft im Stich. Nicht selten können diese Instrumente gar nicht angewendet werden. Die schönsten und besten Resultate sind zu erhalten auch in diesem Falle durch Röntgenaufnahme. Die Gedärme werden purgiert, die Blase mit Luft gefüllt und die Steine erscheinen genau nach Form und Zahl auf der Platte. Mehrere Aufnahmen von Steinen vor der Operation mit Röntgenstrahlen, und nach der Operation ganz frei hergestellt, beweisen die Richtigkeit der Äufserungen des Verfassers. Das Vorgehen ist auf der Abteilung Habererns üblich.

Porosz-Budapest.

Zwei Blasensteine von erheblicher Gröfse bei demselben Kranken, von L. Cardenal. (*Rev. clin. de Madrid.* 1910. Nr. 1.) Der Artikel enthält nichts Neues.

Gunsett-Strafsburg.

c. *Hoden und Samenbläschen.*

Über die sexuelle Neurasthenie, von A. Emödi-Budapest. (*Urologia,* Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 2.) Verfasser sagt: „Vom Urologengesichtspunkte würde ich die Grenzen der sexuellen Neurasthenie enger ziehen und nur die Fälle als solche annehmen, in denen sich nicht nur die Störungen auf die Geschlechtsorgane und ihre Tätigkeit erstrecken, sondern in denen auch die Ursachen in ihnen nachgewiesen werden können, sei es als anatomische, sei es als histopathologische Veränderung, sei es wenigstens als anamnestische Daten.“ (Dies steht mit dem Begriffe der Neurasthenie im Gegensatze. Ref.) Auch der angeborenen Disposition schreibt Verfasser eine Rolle zu. Bei solchen ermüdet und schwächt seines Erachtens bei gesunden Menschen der neuropathische Zustand, der nur auf lokale Gebiete sich erstreckende Veränderungen hervorruft, das sacrospinale Zentrum und die peripheren Nervenenden. Er schreibt der in der Harnröhre um den Colliculus seminalis gefundenen Anämie und Hyperämie die Ursache der Erkrankung zu. Erstere behandelt er mit warmen Psychrophoren, letztere mit kalten und mit Adstringentien. Nach Blennorrhoe auftretende Pollakiurie, heftigen Harndrang und das Nachtröpfeln hält er für zentralen Ursprungs. Brom, Kampfer und Valeriana sind nach ihm wirksame Heilmittel. Das Elektrisieren wünscht er von verständigen Händen ausgeführt zu sehen, denn er fürchtet die schädlichen Folgen. (Das ist wahr! Ref.) Bei Ejaculatio praecox ist der hemmende Nerv ermüdet und der periphere überempfindlich. (Einen solchen Nerv kennen wir nicht. Ref.) Er erwähnt auch die Neurosen, deren Ursache er in der nervendrückenden Wirkung der Infiltrationen sieht (??? Ref.). Die psychische Impotenz hält er für eine Teilerscheinung der allgemeinen Neurasthenie. „Bei der anderen Impotenz, welche eine Ermüdung der peripheren Nervenenden ist, kann man die wirkliche Ursache finden, die geringfügig scheinende Veränderung.“ (Welche denn? Ref.) Die Patienten mufs man glauben machen, dafs auch der Arzt daran glaubt, dafs die Patienten gesund werden. Vier bis acht Monate lang Abstinenz mit kausaler Behandlung. (Welche denn? Ref.) Wenn er eine solche periphere Impotenz nicht kurieren konnte, so hatte es eine andere Ursache. „Viel Neues und Unbekanntes kann ich nicht sagen.“

Porosz-Budapest.

Impotenz, tartiver Infantilismus und Epilepsie im Anschlufs an eine traumatische bilaterale Atrophie der Testikel, von L. Gallavardin und J. Rebattu. (*Lyon méd.* 1910. Nr. 5.) Die Autoren teilen den Fall eines 23jährigen Matrosen mit, dessen Geschlechtsfunktionen früher vollkommen normal waren. Im Anschlufs an ein heftiges Trauma bildete sich eine doppelseitige, progressive Hodenatrophie aus, die bald vollständig wurde. Dann wurden Ejakulation und Erektion unmöglich, zugleich verschwanden der Sexualtrieb und die sekundären Geschlechtsmerkmale. Es bildete sich bei dem vorher normal entwickelten Individuum ein Rückschritt zum infantilen oder wenigstens Vorpubertätszustand mit einem gleichzeitigen aufsergewöhnlichen Längenwachstum der Extremitäten aus. Aufserdem stellten sich epileptiforme Anfälle ein, die vorher nicht bestanden hatten, und eine Veränderung des Charakters des Patienten (Irascibilität). Die Autoren halten ihren Fall für einen Beweis dafür, dafs es aufser dem tartiven myxödematösen Infantilismus (Brissaud), der auf Insuffizienz der Glandula thyreoidea beruht, noch einen zweiten Infantilismus gibt, der durch Insuffizienz von mehreren Drüsen mit interner Sekretion, hauptsächlich aber durch Insuffizienz der Hoden bedingt ist. *Gunsett-Strafsburg.*

Über Atrophie des Hoden bei chronischem Alkoholismus, von Ed. Bertholet-Lausanne. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* Bd. 20, Nr. 23.) B. untersuchte die Hoden von 75 Personen und fand eine Atrophie bei chronischem Alkoholismus. In 37 Fällen, in denen Syphilis ausgeschlossen werden konnte, fand sich bei der mikroskopischen Untersuchung eine mehr oder minder verbreitete Atrophie des Hodenparenchyms und eine Sklerose des interstitiellen Bindegewebes. Die Hodenkanälchen waren stark verkleinert, die Spermatogenese vermindert. *Schourp-Danzig.*

Über Hodenatrophie, von Charles Greene Cumston-Boston. (*Dublin Journ. of Med. Science.* Mai 1909.) Literaturübersicht. *Schourp-Danzig.*

Zur Diagnostik der Hodenkrebse, von Friedrich Staffeld-Friedland. (*Wien. klin. Rundschau.* 1909. Nr. 41—43.) Vier Fälle, denen eine aufserordentliche Bösartigkeit in relativ schneller Bildung von Metastasen gemeinsam war. Die Patienten gingen sämtlich in aller Kürze zugrunde. Einen nicht zu unterschätzenden Faktor für die schlechte Prognose sieht Staffeld in dem überaus schleichenden, symptomlosen Verlauf des Hodenkrebses, weswegen meist der Moment einer Operation verstreicht, von der man sich eventuellen Erfolg versprechen könnte. *Schourp-Danzig.*

Sarkomatose des Hodens und davon abhängige sarkomatöse Unterleibsgeschwulst nicht Folge eines Betriebsunfalles, von König. (*Med. Klinik.* 1909, Nr. 31) Ärztliches Gutachten. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Ein Fall von Hodentuberkulose bei einem sechs Monate alten Kinde, von von W. F. Cholmeley-Wolverhampton. (*Lancet.* 23. Oktbr. 1909.) Wegen Schwellung und sonstiger entzündlicher Erscheinungen am Scrotum wurde eine Probeinzision ausgeführt, welche schliefslich einen tuberkulös degenerierten linken Hoden zutage förderte. Bald darauf erkrankte das Kind an Masern und Bronchopneumonie und starb. Die Sektion ergab Käseherde an den Lungen, der Niere linkerseits und an einigen anderen Organen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Behandlung der Hydrocele mit Magnesiumdraht. Anonym. (*Therap. Gazette.* Nov. 1909.) Verfasser verbreitet sich über eine Arbeit von Marcozzi, erschienen Mai 1909 in den *Ann. d. Mal. d. Org. Gén.-urin.*, der die mittels Troikart entleerte Hydrocele mit heifsem sterilen Wasser auswäscht, und dann durch die Kanüle kleinste Partikelchen eines zerschnittenen Magnesiumdrahtes in die Höhle bringt und daselbst beläfst. Die Stückchen sollen etwa $1/3 \times 1$ mm grofs und vorher sterilisiert sein, was am besten dadurch geschieht, dafs sie erst mit Äther, dann mit

destilliertem Wasser gewaschen und schliefslich ausgekocht werden. Rezidive sollen nach dieser Behandlung selbst bei Kranken nicht aufgetreten sein, deren Wasserbruch seit Jahren regelmäfsig entleert werden mufste. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Technik der Orchopexie, von Franz Torek-New York. (*New York med. Journ.* 13. Nov. 1909.) Die Methode Toreks ist im wesentlichen jener von Keetley im Jahre 1905 beschriebenen ähnlich und besteht darin, den nicht descendierten Hoden im Leistenkanal freizulegen, ihn zum Skrotalsack herabzuziehen, mit der Oberschenkelfascie zu vernähen und die Wundränder der letzteren mit jenen des Scrotums zu vereinigen. Auch bei doppelseitiger Orchopexie hat die Operationsmethode T.s vollen Erfolg gebracht. Die genaue Verfolgung der einzelnen Phasen derselben, wie sie hier beschrieben sind, ist nur mittels der beigegebenen (zehn) Zeichnungen möglich. Ein grofses Gewicht legt T. auf exakte Nahtführung, da er dies als einen Hauptfaktor der Primärheilung ohne lokale Reizung ansieht. In keinem seiner Fälle war die geringste Reaktion an einem Stichkanal vorhanden und in allen Fällen befand sich nach der Schlufsoperation der Hoden in seiner normalen Stellung am Grunde des Hodensacks und hat an Umfang zugenommen. Die Operationsresultate können daher als vollkommene angesehen werden. *Stern-München.*

Über eine seltene Heterotopie des Hodens, von D. Castelli. (*La Riforma med.* 1909. Nr. 47.) Bei der Operation eines 23jährigen Mannes mit rechtsseitiger Inguinalhernie fand sich, dafs das Scrotum kein Septum enthielt, sondern ganz auf Kosten der rechten Hälfte entwickelt war. Die einzige im Scrotum vorhandene Tunica vaginalis war die rechte. Links fehlten vollständig der Hoden und seine Nebengebilde, und zwar sowohl im Canalis inguinalis, als in dessen Orificium internum, als in den umgebenden Regionen. In der vorhandenen Tunica vaginalis waren zwei wohlausgebildete Hoden mit allen ihren Nebengebilden, ganz voneinander unabhängig bis zum Orificium internum, aus dem sich eine Hernie mit weitem Sack hervorstülpte. Es handelte sich nach Ansicht des Verfassers um eine Ectopia transversalis des linken Hodens in die rechte Tunica vaginalis. Der Fall reiht sich an die von Lenhossek u. a. beschriebenen an, ist aber äufserst selten. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Ektopien des Hodens, von Leguen. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 43.) L. bespricht die Indikationen zur Operation bei Retentio testis (Schmerzen, Atrophie, Torsion oder Entzündung des retinierten Hodens, die Gefahr der carcinomatösen Entartung, begleitende Hernien) und weist dann darauf hin, dafs eine generelle Bestimmung des Zeitpunktes der Operation nicht möglich ist; denn in den Fällen, in denen kein Hindernis vorhanden ist, also nur eine Verzögerung des Descensus testiculi vorliegt, kann der Hoden auch im vorgerückten Kindesalter noch spontan in das Scrotum hinabgleiten. Wenn eine ausgebildete Hernie vorhanden ist, soll operiert werden, wenn das Kind über vier Jahre alt ist. Wo nur eine latente Hernie besteht, soll erst nach Vollendung des zehnten Lebensjahres operiert und vorher versucht werden, den Hoden von aufsen durch Massage zu mobilisieren und in das Scrotum zu bringen. Hoden, die bei der Operation nicht losgelöst und frei beweglich gemacht werden können, sind zu exstirpieren. *Götz-München.*

Orchiepididymitis im Verlaufe von Staphylokokkenseptikämie, von Quénu-Paris. (*La presse méd.* 1909. Nr. 32.) Es handelte sich um einen 34jährigen, früher immer gesund gewesenen Mann, der mit einem antraxartigen Abscefs der Sakralgegend und schweren Symptomen allgemeiner Infektion in das Krankenhaus eintrat. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab Reinkulturen von Staphylococcus aureus. Nach einigen Tagen trat, als die lokalen und allgemeinen Erscheinungen bereits im Zurückgehen begriffen waren, eine entzündliche Schwellung des linken Hodens und Nebenhodens auf, während sonst keinerlei Erkrankung des Urogenital-

systems bestand oder bestanden hatte. Es sammelte sich etwas Flüssigkeit in der Vaginalis an und auch in derselben konnte durch die bakteriologische Untersuchung Staphylococcus aureus nachgewiesen werden; denselben Coccus fand man auch im Harne und Blute, doch bestand keinerlei Komplikation von seiten der Niere oder Blase. Erst später wurde der Urin eitrig und entwickelte sich auch Eiter in der Tunica vaginalis des Hodens. Zuletzt schwoll auch der Samenstrang an. Nach langwieriger Krankheit endete der Zustand mit Heilung. Der Fall ist also ein Beispiel einer Orchiepididymitis im Verlauf einer allgemeinen Infektion mit Staphylokokken, und zwar dürfte es sich um eine vom Blute ausgehende Infektion des Hodens und Nebenhodens gehandelt haben. Eine solche ist aus der Tendenz des Organismus, pathogene Keime durch die Drüsen auszuscheiden, zu erklären. *E. Toff-Braila.*

Über Epididymitis erotica und sympathica, von Ludwig Waelsch-Prag. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 27.) Die Epididymitis erotica ist ausschließlich Folgezustand einer Kongestion, die auf sexuelle Erregung zurückzuführen ist. Diese Form ist eine durch ihre bestimmte Ätiologie abgegrenzte Form der großen Gruppe der auf vasomotorische Erregung zurückzuführenden sympathischen Epididymitiden.
Arthur Schucht-Danzig.

Epididymitis sympathica (Porosz) und nicht Epididymitis erotica (Waelsch), von M. Porosz-Budapest. (*Urolog. Szemle*, Beiblatt von *Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 1.) Waelsch meint, daß diese Epididymitiden ohne Blennorrhoe und nur nach erotischen Erregungen zustande kommen können. Der Verfasser beharrt bei dem alten Namen Epididymitis sympathica, weil er sie nach mühsamen Stuhlentleerungen und auch nach chokartigen Gemütserregungen auftreten sah. Plötzliches Erschrecken war in einem seiner Fälle besonders geeignet, sie hervorzurufen. Der Grund liegt in der sympathischen Innervation der Gefäßwände der Hodenarterien. Einige lehrreiche Fälle beleuchten seinen Standpunkt. (Autorreferat.)

Epididymitis und Bacterium coli commune, von E. Müller-Landau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 50.) Ein älterer Herr, welcher ein Jahr zuvor an Gastroenteritis, Pyelitis und Cystitis mit reichlichem Vorhandensein von Bacterium coli commune im Urin gelitten hatte, erkrankte plötzlich unter hohem Fieber, Erbrechen und Hämaturie an Epididymitis. Die Schwellung des Nebenhodens war schon nach einigen Tagen so erheblich, daß zur Inzision geschritten werden mußte. Ein ausgeschnittenes Gewebsstück enthielt zahlreiche kleine Eiterherde, in denen sich neben anscheinend harmlosen Kokken in größerer Menge Bazillen vom Typ des Bacterium coli commune vorfanden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Behandlung akuter Epididymitis mit Samol (Unguentum salimentholi), von E. Ecsedi-Budapest. (*Gyógyászat.* 1909. Nr. 48.) Bei akuter Hodenentzündung läßt Verfasser das Falksonsche Suspensorium benutzen, wenn der Hoden ständig schmerzhaft ist. Den kranken Hoden beschmierte Verfasser in seiner ganzen Ausdehnung mit Samol. Darauf legte er eine dicke Schicht Watte und darüber das Falksonsche Suspensorium. Die Benutzung des letzteren ist nur insofern indiziert, solange der Hoden beim Druck schmerzhaft ist. *Porosz-Budapest.*

Die Epididymovasostomie zur Heilung der Sterilität, von Ed. Martin-Philadelphia. (*Therap. Gazette.* Dezbr. 1909.) Nach sorgfältigen Experimenten an Hunden, die bis zu sechs Monaten nach der Operation in Beobachtung blieben, unternahm es Verfasser im Dezember 1901 zum ersten Male, bei einem Patienten, dessen kinderloser Ehe eine als Resultat einer obliterierenden Epididymitis vorliegende Azoospermie zugrunde lag, eine operative Anastomose zwischen Vas deferens und Kopf des Nebenhodens vorzunehmen — mit dem ausgezeichneten Erfolge, daß bald darauf bewegliche Spermatozoen nachweisbar waren und zehn Monate danach die Gattin des

Mannes von einem gesunden Mädchen entbunden wurde. Seitdem hat Verfasser weitere 15 Fälle operiert, mit allerdings nicht stets gleich gutem Erfolge, trotz wiederholten Eingriffs in einigen Fällen, da sich gezeigt hat, daſs die Obliterationsstelle durchaus nicht immer im Schwanz des Nebenhodens liegt, sondern oft im Vas deferens, ja auch in den Ductus ejaculatorii; mitunter können auch multiple Obliterationsstellen vorhanden sein. Auch kam es vor, daſs die Ursache der Azoospermie durchaus nicht in einer Obliteration lag: so fand sich zweimal kongenitaler Defekt der Vasa und einmal ein wahrscheinlich funktioneller Fehler des Testikels. Jedenfalls hat sich gezeigt, daſs selbst Jahre nach stattgefundener Verlegung des Ausführungsganges noch Spermatozoen vorhanden waren, die, wenn auch einige Male mikroskopisch verändert, doch vollkommen lebensfähig waren. Auſserdem ist dadurch bewiesen, daſs beim Hoden — im Gegensatz zu anderen drüsigen Organen — der Obliteration durchaus nicht immer eine Atrophie, ja nicht einmal Störungen der physiologischen Funktion folgen müssen. *W. Lehmann-Stettin.*

Colliculitis und Perversion, von Orlowski-Berlin. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 40.) Krankheitsgeschichten von zwei Männern, bei denen Colliculushypertrophie und Impotenz zur sogenannten Homosexualität geführt hatten. In dem einen Falle war die Ursache der homosexuellen Colliculitis Onanie, in dem anderen scheinbar eine chronische Blennorrhoe. O. wandte in beiden Fällen energische Kauterisierung des Colliculus an und hatte damit Erfolg. *Schourp-Danzig.*

Chronische Erkrankung des Colliculus seminalis, von A. Edwards-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 11. Dez. 1909.) Im allgemeinen wird dieses Gebilde, glaubt E., unverdientermaſsen vernachlässigt, da es doch bei krankhafter Veränderung zu wesentlichen Störungen der Geschlechtsfunktion im weitesten Sinne des Wortes und in weiterer Folge zu schwerer somatischer und psychischer Depression führen kann. In ätiologischer Beziehung ist auſser dem Hauptfaktor Blennorrhoe ein sexueller Miſsbrauch (Coitus interruptus et id genus omne) zu beschuldigen. Zur Erkennung der etwaigen pathologischen Veränderungen verwendet Verfasser einesteils des Goldschmidtschen Cystoskop, anderenteils und speziell zur lokalen Behandlung ein mit Valentinescher Lampe versehenes, gebogenes, nach seinen Angaben angefertigtes Urethroskop. Mit demselben gelingt es gut, die nötigen Pinselungen (mit schwacher Jodtinktur, Kupfersulfat- oder Höllensteinlösung) resp. die elektrische oder sonstige Therapie auszuführen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Funiculitis endemica, von A. W. Jones-Alexandria. (*Lancet.* 26. Febr. 1909.) Bericht über diese in den tropischen Ländern, wie es scheint, nicht ganz seltene eitrig entzündliche Affektion des Samenstranges, welche durch die Ähnlichkeit der Symptome mit denen der eingeklemmten Hernie (wie hier auch) bedeutungsvoll wird. Die Operation (Inzision, Orchidektomie und Entfernung des in die Entzündung einbegriffenen Wurmfortsatzes) gelang bei dem 65jährigen Ägypter über Erwarten gut. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Implantierung der Vasa deferentia in die Urethra anterior (Deferento-Urethrostomie), von Boari-Rom. (*Semaine méd.* 1909. Nr. 38.) Um dem Verlust der Genitalfunktionen nach perinealer Prostatektomie vorzubeugen, ferner bei gewissen pathologischen Zuständen, wie malignen Prostatatumoren, Prostatatuberkulosen bei jungen Leuten, Atresie der Ductus ejaculatorii, will B. den Abfluſs des Samens dadurch herbeiführen, daſs er die Vasa deferentia in die vordere Harnröhre implantiert. Die Details der Operation müssen im Original nachgelesen werden. *Gunsett-Straſsburg.*

Über die Pollutio interrupta, von P. Näcke-Hubertusburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 34.) Unter Pollutio interrupta versteht N. den Vorgang, daſs der Mann aus dem Schlaf beim Einsetzen des Orgasmus, also im Moment, wo der

Samen die Ductus ejaculatorii durcheilt, aufwacht und durch Anspannung der Willensenergie den Austritt der Samenflüssigkeit aus der Harnröhre verhindert. Es wird hier über zwei neurasthenische Patienten berichtet, welche, an reichlichen Pollutionen leidend, teils aus Furcht vor der damit verbundenen Schwächung, teils aus Widerwillen gegen die Beschmutzung der Wäsche auf dieses Verfahren verfielen. Die somatischen und psychischen Störungen bei diesen beiden Fällen waren nicht der Unterdrückung der Pollution zuzuschreiben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über eine besondere Wirkung des Styptol, von Jos. König-Karlsbad. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 37.) Um eine krankhafte Häufigkeit von Pollutionen und eine geschlechtliche Hyperexcitabilität zu beeinflussen, läſst K. kurz vor dem Schlafengehen einen Monat hindurch zwei bis drei Knollsche Pastillen à 0,05 Styptol einnehmen. *Schourp-Danzig.*

Über einen merkwürdigen Fall von Azoospermie, von Paul Groag. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 42.) Der von Verfasser beobachtete Fall ist insofern merkwürdig, als die genaueste Untersuchung als Ursache der Azoospermie nichts auſser einer deutlichen Infiltration in einem Nebenhodenkopfe, einer vermutlichen in dem anderen, ausfindig machen konnte. Vom Tripper war nichts nachzuweisen und Patient negiert irgend je eine Tripperinfektion durchgemacht zu haben. Die Diagnose schwankt demnach zwischen „idiopathischer" Azoospermie und einer Azoospermie auf Boden einer nicht blennorrhoischen Entzündung der Nebenhodenköpfe.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Verschiedenes.

Naht von Blutgefäſsen mit Menschenhaar, von F. V. Guthrie-Pittsburg. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 54, Nr. 5.) Das Menschenhaar wurde zur Gefäſsnaht zuerst von A. W. McAlester empfohlen. G. rühmt die Haltbarkeit der Naht. Das Haar wird vor dem Gebrauch in 10%iger wässeriger Formalinlösung sterilisiert.

Schourp-Danzig.

Weiteres über die therapeutische Anwendung von Antiformin und anderen Mischungen von Natriumhydrat mit Natrium chloricum als Desinfektionsmittel, von Edwin Klebs-Langenthal (Bern). (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1910. Nr. 5.) Durch regelmäſsige Waschungen mit 10%igem Antiformin zweimal am Tage und vor jeder besonderen Arbeit, welche die Asepsis der Haut verlangt, glaubt Kl. Mikrobienmassen, welche sich auf der äuſseren Haut irgendwo angehäuft haben, zerstören zu können. Er hat besonders den Diplococcus semilunaris dabei im Auge, den ständigen Begleiter des Tuberkulosebacillus.

Da das Antiformin wegen seines reichen Gehalts an Natrium hypochlorosum sehr reichlich Chlor entwickelt, verordnet Kl. das reine Natrium chloricum als alkalische Desinfektionslösung für die Haut nach der Formel:

Natrii hydrici purissimi 2,0
Natrii chlorici cryst. 4,0
Aqu. destill. ad 200,0

Schourp-Danzig.

Zur Hautdesinfektionsfrage, von A. Zabludowski-Moskau. (*Zentralbl. f. Chir.* 1910. Nr. 8.) Z. schlägt die Anwendung eines 5%igen Alkohol (95%) -Tanninlösung vor. Diese Methode soll gleich anwendbar für Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes sein, soll stark und dauerhaft wirken, Wasser nicht fürchten und die Hände nicht reizen. *Gunsett-Straſsburg.*

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 50. | №. 9. | 1. Mai 1910.

Epidermidolysis bullosa congenita
(KÖBNERS Epidermolysis bullosa hereditaria).

Von

J. PHILIPP KANIKY, M. D. und RICHARD L. SUTTON, M. D.,
Kansas City, Mo.

Mit 4 Abbildungen im Text.

Im Jahre 1882 beschrieb GOLDSCHEIDER eine eigentümliche Hautaffektion, welche als spezielle Besonderheit die Entwicklung von Blasen im Anschlufs an selbst ganz geringfügige traumatische Insulte aufwies. Chemische Reizmittel, wie Jod oder Essigsäure, bewirkten dagegen ein Hervortreten von Blasen nicht.

Kurz vor dem Bekanntwerden von GOLDSCHEIDERS Beobachtung berichtete der Londoner Dermatologe TILBURY FOX über zwei Fälle von „kongenitaler Geschwürsbildung an der Haut mit Pemphigusausschlag und allgemeiner Entwicklungshemmung“, und einige Autoritäten betrachten diese Fälle als die ersten richtig erkannten und in der Literatur verzeichneten Beispiele unserer Krankheit. Indessen war der GOLDSCHEIDERsche Fall so präzis differenziert und so typisch in seinen pathologischen Erscheinungen, dafs ihm gewöhnlich die Priorität zugeschrieben wird. Es handelte sich bei seinem Fall um einen 22jährigen Soldaten, dessen Gesundheit im allgemeinen tadellos war. Die Zirkulationsorgane funktionierten gut, und die Anamnese ergab keinen Anhalt für eine etwaige Hyperidrose der Extremitäten. Die Empfindlichkeit gegen mechanische Insulte äufserte sich deutlich an allen Gebieten der Körperoberfläche, trat aber wegen der fortwährenden Gefährdung der Hände und Füfse in dieser Beziehung, namentlich an diesen letzteren Stellen am klarsten zutage. Schon ein kräftiges Reiben mit einem rauhen Handtuch oder mit der Hand genügte, um die Läsionen hervortreten zu lassen. Die subjektiven Beschwerden waren verhältnismäfsig unbedeutend. Eine jede Läsion war von einem blafsroten Hofe umgeben, und die nach dem Platzen der Bullae zurückbleibenden Exkoriationsgebiete heilten in acht bis zehn Tagen ab. Die

Heredität schien dabei eine wichtige Rolle zu spielen. Von den Familienangehörigen des Patienten litten der Vater, die Mutter, ein Bruder, eine Schwester und zwei von deren Kindern (unter vier Geschwistern) an einer ähnlichen Abnormität. Ferner war der Bruder der Mutter in ähnlicher Weise affiziert.

Die histologische Untersuchung eines Schnittes von einer solchen Läsion ergab eine erhebliche Verdickung der Stachelzellenschichte. Die den Boden der Blase bildenden Zellen hatten längliche Kerne, die rechtwinklig zu der Hautoberfläche gestellt waren. Die unverletzt gebliebenen Hautteile liefsen keine Abweichungen in bezug auf Struktur erkennen. GOLDSCHEIDER deutete die Störung als eine Akantholysis (Acantha-Stachel und Lysis-Lockerung).

Bald nach dem Erscheinen dieser Abhandlung berichtete PAYNE über einen Fall und späterhin über noch zwei weitere Fälle. Bei allen drei Kranken fiel die Anamnese in bezug auf hereditäre Belastung negativ aus. Anfangs betrachtete PAYNE die Krankheit als einen „dem Pemphigus ähnlichen, traumatischen, bullösen Ausschlag“; in der Folge nannte er sie jedoch „einen kongenitalen, traumatischen Pemphigus“. Die von ihm gegebene klinische Schilderung der Affektion ist ganz ausgezeichnet, und es verlohnt sich, sie in extenso zu zitieren: „Es existiert noch eine andere, eigentümliche und sehr seltene blasenbildende Affektion, welche leicht als Pemphigus imponieren kann, dabei aber in Wirklichkeit von ganz anderer Art ist. Ihre Hauptkennzeichen sind die folgenden: 1. Durch Verletzungen oder durch Reiben, nicht aber durch andere Faktoren hervorgerufen, entstehen an verschiedenen Körperteilen Blasen von variablen Dimensionen; 2. die Bullae haben oft einen hämorrhagischen Charakter; 3. die Nägel erscheinen oft gleichfalls durch analoge Einwirkungen affiziert und sind dann deformiert oder sogar gänzlich zerstört; 4. das Allgemeinbefinden ist nicht beeinträchtigt; 5. das Leiden ist angeboren oder es stammt zum mindesten aus dem Säuglingsalter und tritt zuweilen bei mehreren Gliedern der Familie auf; 6. Medikamente und sonstige Behandlungsversuche äufsern gar keinen Einflufs auf die Störung, doch hängt die Intensität derselben von dem allgemeinen Gesundheitszustand zum Teil auch ab.“ Dieser Autor hat auch zuerst die Ansicht geäufsert, dafs die Erscheinung durch eine abnorm leichte Verletzbarkeit der Haut bedingt sei, eine besondere, angeborene Beschaffenheit, und daher kaum als eine Krankheit zu bezeichnen.

Die zwei Fälle von WICKHAM LEGG ferner wurden als Beispiele von „kongenitalem Pemphigus“ publiziert, und der von DUHRING als „kongenitaler traumatischer Pemphigus“. VALENTINE, welcher eine Serie von elf Fällen in einer und derselben Familie verzeichnet hat, schrieb dem Zustand eine entzündliche Entstehung zu und stellte die Diagnose auf „hereditäre

Dermatitis bullosa". BESNIERS Patient litt neben der bullösen Affektion an einer ichthyotischen Beschaffenheit der Haut, und der Fall wurde deshalb als Ichthyose à poussées bulleuses klassifiziert. KÖBNER, von welchem die Benennung „Epidermolysis bullosa hereditaria" stammt, berichtet über vier Fälle, eine Mutter und deren drei Söhne betreffend.

ELLIOT war einer der ersten Forscher, welche genauere mikroskopische Untersuchungen des affizierten Gewebes angestellt hat. An einer frischen Läsion fand er, dafs die äufsere Blasenwand von dem Stratum corneum und einem grofsen Teil des Stratum epitheliale der Epidermis gebildet war, während Teile des letzteren eine mehr oder weniger zusammenhängende Lage am Grunde der Bulla ausmachten. An den Rändern der Höhlung erstreckten sich zahlreiche, von säulenförmig geschichteten Epithelzellen gebildete Scheidewände von dem Grunde bis zur Decke. Die Blase enthielt körnige Zerfallsmassen nebst Fibrinfasern, aber keine Leukocyten noch zellige Gebilde irgendwelcher Art. Das Stratum corneum war unverändert. An dem abgesprengten, die untere Fläche des Daches bildenden Teile des Stratum corneum waren die Zellen von granuliertem Aussehen, und ihre Kerne färbten sich nur schwach. Überhaupt hatten am ganzen Stratum die Kerne eine Beschaffenheit, als seien sie im serösen Exsudat getränkt und in ihrer Färbefähigkeit beeinträchtigt worden. Ferner bot das Rete in der Umgebung der Blasen auf eine gewisse Entfernung hin ein eigentümliches Aussehen dar. Zwar war der Zusammenhang mit den Papillen nicht direkt aufgehoben, aber am Boden des Hohlraums zeigten die Zellen des unteren Drittels eine Verlängerung, als ob sie seitlich zusammengedrückt und in der Längsachse ausgezogen seien; das Protoplasma war körnelig, die Kerne schlank. Die Intensität der Kernfärbung war in direktem Verhältnis zu der Entfernung von der den Boden der Blase bildenden eingerissenen Randzone abgestuft. Die diesen Teil des Bodens bildende papilläre Portion des Coriums war teils kahl, so dafs die unbedeckten Papillen frei in die Höhlung hineinragten, teils war sie von Resten des Stratum epitheliale streckenweise noch überzogen. Die Papillen waren aufgequollen, und ihre Blutgefäfse waren stark dilatiert, doch war ein perivaskuläres Zellexsudat nicht vorhanden. Auch an den subpapillären Plexus war eine Erweiterung der Gefäfse zu konstatieren, und stellenweise fand sich dabei eine celluläre Infiltration. Die perivaskulären Gewebe waren ödematös gequollen; die Bindegewebszellen zeigten eine gewisse Vermehrung, die Lymphräume der Cutis waren dilatiert. Die Schweifsdrüsen hatten etwas gelitten, und ihre Umgebung liefs etwas zellige Infiltration erkennen. Dagegen waren die sonstigen der Haut angehörigen Gebilde intakt geblieben.

Bei dem dritten ELLIOTschen Falle zeigten Hautschnitte aus klinisch normalen Gebieten ausnahmslos an der Basalschichte Entartungsvorgänge,

welche sich nur graduell von den nach erfolgter Blasenbildung zu konstatierenden Veränderungen unterschieden.

Dem Verhalten des Blutes ist bisher nur wenig Beachtung geschenkt worden. Bei dem SMITHschen Falle fand T. R. BROWN 11000 Leukocyten im Kubikmillimeter, 42% polymorphonukleäre Neutrophile, 40,6% kleine Mononukleäre, von grofsen Mononukleären und Übergangsformen 7,7% und von Eosinophilen 9,7%. COLOMBINI berichtet über eine 8 bis 10%ige Eosinophilie; er hat, wie aufser ihm nur noch sehr wenige Autoren, auch in den Blasen erhebliche Mengen von Eosinophilen angetroffen.

Von verschiedenen Forschern ist der Versuch gemacht worden, zwei oder mehrere Arten der Krankheit zu unterscheiden. Man hat behauptet, dafs es eine hereditäre und eine akquirierte Form gebe. Anatomische Unterschiede sind aber, von graduellen abgesehen, nicht nachgewiesen worden, und die Mehrheit unter den Dermatologen hat sich übereinstimmend dahin ausgesprochen, dafs die entstehenden Veränderungen in beiden Fällen indentisch sind. HALLOPEAU jedoch spricht sich für zwei Klassen aus, von denen die erste die von GOLDSCHEIDER, KÖBNER und VALENTINE beschriebenen Fälle umfassen soll, während zur zweiten die mit entschieden entzündlichem Charakter einhergehenden Fälle gehören; bei diesen scheinen die Blasen eine Vorliebe für die dorsalen Flächen der Gelenke und für die Nervenbahnen zu besitzen; sie entstehen ohne erkennbare Gewalteinwirkung und führen zu Hautatrophie nebst Narbenbildung und der Entwicklung von Epidermiscysten. Das Vorhandensein dieser letzteren Läsionen gab einen der Hauptgründe ab für die Aufstellung einer Unterscheidung. Es ist indessen bestimmt nachgewiesen worden, dafs derartige kleine miliare Körperchen als eine Folge von Verbrennungen (T. C. FOX) sich entwickeln können, und dafs sie zuweilen auch nach Attacken von Dermatitis herpetiformis und Pemphigus hervortreten. BUKOVSKY und andere haben gezeigt, dafs es sich dabei um einfache Retentionscysten der Schweifsdrüsen handelt, indem die Ausführungsgänge der Drüsen durch Narbengewebe verlegt worden sind.

Bei der Erforschung gerade dieser HALLOPEAUschen „Cystes épidermiques“ im PODVISOTSKIschen Laboratorium in Odessa konstatierte STANISLAWSKI zuerst die Tatsache, dafs in den bullösen Läsionen das elastische Gewebe fehlt. STANISLAWSKI hatte seine Schnitte in Alkohol und FLEMINGscher Lösung fixiert. Die für die Untersuchung der allgemeinen Histologie bestimmten Präparate wurden mit Hämatoxylin-Eosin gefärbt, während zur Darstellung der elastischen Fasern die WEIGERTsche und die UNNA-TAENZERsche Methoden in Anwendung kamen.

Eine kleine vom oberen Teil des rechten Vorderarms exzidierte Blase zeigte „Verflüssigung nebst Verdünnung und sogar ein vollständiges Verschwinden der elastischen Fasern an dem von der Krankheit ergriffenen

Gebiet des Schnittes, während an den normalen Strecken die Färbung gut gelang". In bezug auf einen anderen von der Sakralgegend entnommenen Schnitt heifst es: „Alle die oben angeführten Erscheinungen sind womöglich noch schärfer ausgeprägt. Die Epithelschichte ist verdünnt, die Hautfalten haben sich gestreckt, und die Papillen sind atrophiert — ein Vorgang, welcher namentlich an der Grenze zwischen normalem Gewebe und Blasenbildung besonders deutlich hervortritt." Seine Schlufsfolgerungen lauteten folgendermafsen: „Die gesamte Oberhaut des Patienten scheint modifiziert zu sein; die Veränderung dürfte an einigen, anscheinend normalen Stellen geringer sein, an anderen Gebieten, welche einen mikroskopisch nachweisbaren Unterschied aufweisen, entsprechend stärker. Der Krankheitsprozefs besteht in Störungen an den Blutgefäfsen mit Periarteritis und Periphlebitis und am elastischen Gewebe mit Verdünnungsvorgängen und Verflüssigung und stellenweise sogar vollständigem Verschwinden der elastischen Fasern, wodurch der Anlafs gegeben wird zu lokaler Stase, lokalem, begrenztem Ödem der Haut nebst Auftreibung und Ablösung der Fasern des die Blutgefäfse umgebenden Zellgewebes (in dem perivaskulären Zellgewebe)."

Im Jahre 1906 berichteten ENGMAN und MOOK über vier Fälle dieser Anomalie und schilderten den bei zweien derselben erhobenen histologischen Befund. Das Material für die mikroskopische Untersuchung bestand aus einer miliaren Cyste der Epidermis, zwei Blasen (die eine frisch entstanden, die andere zwei Tage alt) und einem Stück der nicht affizierten Haut. Alle Stücke aufser dem ersten waren unter Chloroformanästhesie entfernt worden. In dem ersten Präparat konnten Verfasser den zum miliumartigen Gebilde hinaufführenden Drüsengang nachweisen, und die ganze Struktur des Gebildes zwang sie, der von DARIER, BUKOVSKY u. a. ausgesprochenen Ansicht, dafs diese Cysten aus verstopften Schweifsdrüsengängen entstehen, sich anzuschliefsen.

Das gröfste Interesse indessen erweckten die an den Schnitten von anscheinend normaler Haut erhobenen Befunde. An diesen Präparaten war ein erhebliches Ödem vorhanden. Die Hornschichte war saftreich und zeigte Neigung zu Bläschenbildung. Die Körnerschicht war normal, die interpapillären Körperchen waren geschwollen, und die interepithelialen Stacheln waren in die Länge gezogen, aber nicht eingerissen. An den basalen Schichten der Epidermis färbten sich einige Kerne in den ersten drei Zellreihen schwach und ungleichmäfsig, und es waren zahlreiche Ballonierungen zu konstatieren. An einigen Stellen waren diese entarteten Zellen von anderen ganz normalen umgeben. An gewissen Regionen eines Schnittes, namentlich in der Umgebung eines Schweifsdrüsenganges, konnte man mit einem Objektiv $^1/_{12}$ oft in einem einzigen Sehfeld 15 bis 20 Zellen im Stadium der Auflösung erkennen. An den basalen Schichten

der Epidermis dagegen war nichts von einer granulären Entartung zu finden, und diese Lage war an allen Stellen gegen die ödematöse Epidermis scharf abgesetzt. Auch die obere Partie der Cutis war saftreich und ödematös. Die Lymphspalten und Gefäſse waren stark erweitert. Es bestand etwas Infiltration in der Umgebung der Gefäſse, welche hauptsächlich von Leukocyten und Bindegewebszellen gebildet wurde.

Die auffälligte und am stärksten ausgeprägte Erscheinung jedoch war das anscheinend völlige Fehlen von elastischem Gewebe in den papillaren und subpapillaren Zonen des Dermas. Die sorgfältigsten und gründlichsten Untersuchungen mit verschiedenen Methoden förderten nur einige wenige Fädchen von elastischem Gewebe an diesen Teilen zutage. In den tiefer gelegenen Schichten der Cutis war elastisches Gewebe allerdings vorhanden, aber doch auch in sehr verminderter Menge, wie Kontrolluntersuchungen an Schnitten von Fällen von Pemphigus, Lichen planus bullosus und Ekzem ergaben. In den Papillen waren überhaupt keine Fasern zu entdecken.

Die von diesen Autoren gegebene Beschreibung der bullösen Läsion ist der Elliotschen sehr ähnlich, ausgenommen, daſs sie an dieser Stelle ebenfalls einen vollständigen Mangel an elastischen Fasern konstatierten.

In der beigefügten Tabelle geben wir eine Liste von allen Fällen, welche, soweit wir haben feststellen können, bisher in der Literatur verzeichnet worden sind. Im Anschluſs hieran möchten wir über den klinischen Verlauf und die Ergebnisse der histologischen Untersuchung bei einem während der letzten fünf Monate von uns beobachteten Falle von Epidermidolysis bullosa berichten.

M. W., Mädchen, drei Jahre alt.

Erbliche Verhältnisse: Der Vater ist ein kräftiger, gesunder Mann von 26 Jahren, dem Berufe nach Landwirt. Die Mutter, 22 Jahre alt, hat sich stets einer guten Gesundheit erfreut und hat niemals abortiert. Sie hat auſser dem Mädchen noch ein Kind, einen fünfjährigen Knaben. Derselbe ist vollkommen gesund. In bezug auf Hautkrankheiten ist bei den Familienmitgliedern nichts vorgekommen. Irgendeine Andeutung einer ähnlichen Affektion bei irgend jemand in der Familie ist, so weit die Groſseltern wissen, auch früher nicht vorgekommen.

Spezielle Anamnese: Auſser der vorliegenden Störung ist bei dem Kinde niemals irgendeine Krankheit aufgetreten. Die Geburt erfolgte ohne Zwischenfälle am Ende des neunten Monats. Die Gesundheit der Mutter war während der Schwangerschaft stets gut gewesen. Bei dem neugeborenen Kinde schienen die Haut und die Nägel nicht anders als bei jedem anderen Säugling zu sein.

Gegenwärtige Krankheit: Schon am zweiten Lebenstage trat auf der lateralen Seite des linken Beines eine groſse Blase hervor. Eine Ur-

sache für deren Entstehung war nicht festzustellen. Einige Tage später stieſs sich das Kind mit der linken Hand gegen den Rand seines Bettchens, und diese geringfügige Verletzung hatte eine Stunde später die Entwicklung einer groſsen hämorrhagischen Bulla zur Folge. Seitdem ist die Haut niemals von Läsionen vollständig frei gewesen. Kein einziger Körperteil kann als vollständig verschont bezeichnet werden. Auch an der Mundschleimhaut haben sich seit dem dritten Monate Bläschen häufig entwickelt. Als Folge der wiederholten Ablösung ist ein so gut wie vollständiger Schwund der Fingernägel eingetreten, und auch die Zehennägel sind atrophisch und deformiert. An der behaarten Kopfhaut sind infolge verschiedentlicher Insulte und der dadurch hervorgerufenen Blasenbildung mehrere kahle Stellen entstanden.



Fig 1.
Die nach neu entstandenen Blasen am Rumpf und an den Armen zurückbleibenden Läsionen.

Als Prädilektionsstellen der Vesicae sind die Hände und Vorderarme zu bezeichnen. Auf der Dorsalseite der Finger und Hände haben sich zahlreiche weiſsliche, miliumartige Körperchen entwickelt Das Kind friert leicht. Es klagt oft über Kälte selbst dann, wenn der Bruder noch nicht im geringsten darunter leidet. Übermäſsiges Schwitzen ist noch niemals wahrgenommen worden. Die Läsionen sind fast vollständig schmerzlos, jucken nur sehr wenig und heilen prompt ab. Sie entwickeln sich ziemlich langsam im Verlauf von anderthalb bis zwei Stunden nach dem erlittenen Trauma. Für gewöhnlich enthalten sie nur etwas seröse Flüssigkeit, gelegentlich jedoch, im Anschluſs an eine stärkere Verletzung, sind sie mit Blut angefüllt.

Status praesens: Die Kranke ist ein gut genährtes Kind, Blondine, ziemlich groſs für ihr Alter. Das Kopfhaar ist lang und seidenweich. Auf der Kopfschwarte finden sich drei Herde von narbiger Alopecie.

Die Zähne sind von normaler Beschaffenheit. Die Schleimhaut der Mundhöhle ist blasser und glatter als normal, und die Zunge ist etwas adhärent. Der Pharynx erscheint unbeteiligt. Am Rumpfe und an den Extremitäten finden sich zahlreiche Läsionen in verschiedenen Stadien des Entstehens oder Vergehens. Auf dem Handrücken beiderseits sieht man Epidermiscysten in gröfserer Anzahl, 20 etwa oder noch mehr, als minimale, blasse, flache oder gedellte Erhebungen. Die Haut an diesen Stellen ist dünn, pergamentartig und atrophisch. Beide Handteller weisen die Überreste von frischen Blasen auf.

Um Bläschen hervorzurufen, genügt es, die Haut mit einem derben Handtuche zu reiben. Die ehemals mit Blasen besetzt gewesenen Stellen sind nicht vollständig immun, aber es ist doch nicht ganz so leicht, dort



Fig. 2.
Zur Demonstration der Nagelatrophie.

Läsionen hervorzurufen wie an bisher verschont gebliebenen Teilen. Dies gilt namentlich für diejenigen Gebiete, wo eine pyogene Infektion zu stärkerer Narbenbildung Anlafs gegeben hat.

Es ist uns niemals gelungen, genügend Urin für eine zuverlässige Analyse zu gewinnen.

Bei vier in monatlichen Zwischenräumen ausgeführten Blutzählungen erhielten wir ein Maximum von 12400 Leukocyten und ein Minimum von 6800. Der Durchschnitt der vier Zählungen ergab: 39% polymorphonukleäre Körperchen, 41,2% kleine einkernige, 11,2% grofse einkernige und Übergangsformen und 8,6% eosinophile. Das Serum der Blasen enthielt nur sehr wenige eosinophile Zellen. Eine Bestrahlung mit Röntgenstrahlen von je drei bis fünf Minuten Dauer bei einer Entfernung

von 12 cm und unter Verwendung einer weichen Röhre hatte regelmäſsig die Entstehung von frischen Blasen zur Folge, wie dies auch bei dem Falle von Berger (46) beobachtet wurde. Diese Läsionen heilten binnen der üblichen Frist ab; wir konnten aber andererseits nicht finden, daſs die auf diese Weise behandelten Stellen gegen nachherige Insulte weniger empfindlich gewesen wären als die Stellen, wo anderweit erzeugte Blasen gesessen hatten.

Histologie: Es wurde von der unverletzten Haut in der Chloroformnarkose von der vorderen Fläche des linken Oberarms ein Hautstückchen in der Gröſse von 1 × 2,5 cm exzidiert. Dieses Material wurde halbiert, und das eine Stück wurde in Alkohol, das andere in eine 10%ige wäſsrige Lösung von Formalin eingelegt. Späterhin wurde das Formalinpräparat wieder geteilt; das eine Stück wurde in Paraffin, das andere in Celloidin eingebettet.



Fig. 3.
Miliumähnliche Körperchen und Atrophie der Haut am Handrücken.

Zum Vergleichen verwendeten wir Schnitte von normaler Haut, welche post mortem von dem Oberarm eines dreijährigen Kindes entnommen wurden nebst etwas Material, welches wir von der Brust eines 15 jährigen Knaben erhielten.

Die zum Studium der Histologie im allgemeinen bestimmten Schnitte wurden mit Hämatoxylin-Eosin gefärbt. Für die elastischen Fasern gebrauchten wir die Weigertsche Methode der Färbung auf elastisches Gewebe und die Unnasche Orceinmischung. An den Hämatoxylin-Eosinschnitten war als einzige Abweichung an der Hornschicht eine Veränderung zu konstatieren, wie sie als Folge von akutem Ödem auch sonst entstehen dürfte. Die Zellen sind dicker, und ihre Konturen sind mehr abgerundet als normal; diejenigen der obersten Schichten sind weniger abgeplattet als die in den vierten und fünften Schichten der Kontrollpräparate. Der obere Teil des Schnittes färbt sich leidlich gut, aber je näher man an die Körnerschichte kommt, desto matter und blasser wird die Färbung. An der Stachelzellenschichte sind die interepithelialen Räume erweitert, und

einige von den Fibrillen sind abgebrochen. Die den unteren Teil der Rete bildenden Zellen bieten teilweise eine körnige Entartung dar, und ihre Kerne färben sich ungleichmäſsig. Die Processus interpapillares sind aufgetrieben und ödematös. Die Blut- und Lymphbahnen in den Papillen sind etwas dilatiert, aber eine zellige Infiltration ist nicht vorhanden. In der subpapillären Zone finden sich einige Lymphocyten und zahlreiche Bindegewebszellen in der Umgebung der Gefäſse. In den tieferen Regionen tritt das Ödem weniger stark hervor, und es findet sich dort wenig oder gar keine perivaskuläre Infiltration; dagegen sind die Gefäſse auch hier erweitert.

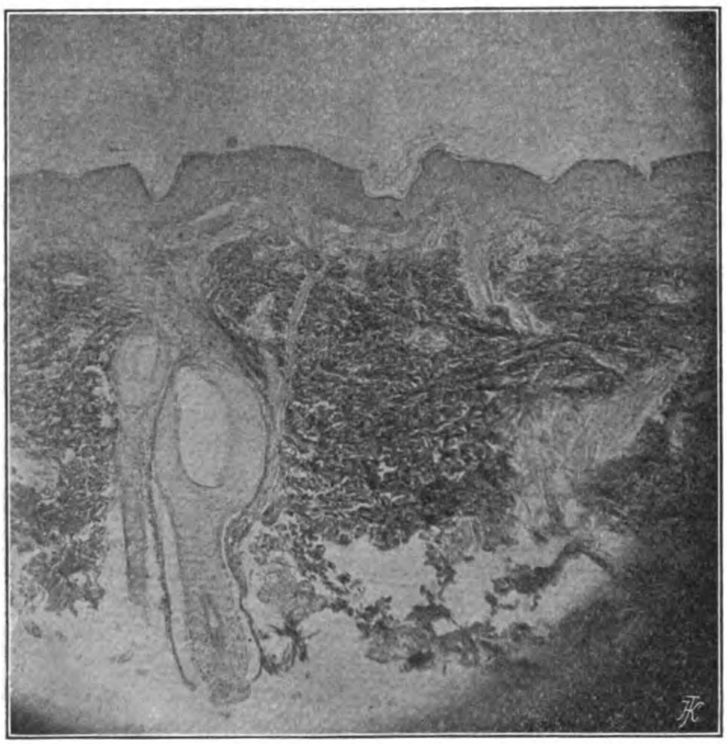


Fig. 4.
Schnitt zur Demonstration des Fehlens des elastischen Gewebes in den papillären und subpapillären Zonen.

Einzelne von den Knäueldrüsen haben auch ein wenig gelitten. Die sie bildenden Zellen färben sich ungleichmäſsig, und die tieferen Strecken der Gänge sind stellenweise durch Zellen verstopft; aber eine Dilatation ist nicht an ihnen zu konstatieren.

Es ist nun wie POLLITZER (62) vermutet hat, allerdings auſserordentlich wahrscheinlich, daſs diese Abweichungen alle oder fast alle bedingt sind durch die mit der Biopsie verbundenen Gewalteinwirkungen auf die Haut. Aber die Tatsache, daſs seitens der Haut eine besondere Vulnerabilität den Vorgängen zugrunde liegt, muſs auch in Betracht gezogen werden. Dieser Umstand ist bereits 1893 von PAYNE und nachher von ELLIOT, GILCHRIST, WELCH u. a. hervorgehoben worden. Dabei wurde aber eine sehr bedeutsame Eigentümlichkeit in der Struktur der unverletzten und anscheinend normalen Haut von ihnen, ebenso wie von mehreren anderen sorgfältigen Beobachtern, unbeachtet gelassen.

Dieses typische und, soweit uns bekannt ist, spezifische anatomische Verhalten tritt erst bei der Verwendung von Farbreaktionen auf elastisches Gewebe hervor.

Wie bereits oben erwähnt wurde, war STANISLAWSKI der erste, welcher das Fehlen von elastischem Gewebe bei den Läsionen der Epidermidolysis bullosa konstatierte. Dagegen erklärt er ausdrücklich, daſs das Gewebe des oberen Coriums an den nicht affizierten Hautstrecken von normaler Beschaffenheit war, trotzdem daſs die der Abhandlung beigegebenen vorzüglichen Abbildungen von elastischen Fasern in dieser Zone gar nichts erkennen lassen.

ENGMANN und MOOK ihrerseits betonen, daſs die elastischen Fasern in den papillären und subpapillären Gebieten des Dermas nicht nur an den bullösen Teilen, sondern auch an der scheinbar normalen Haut vollständig oder fast vollständig verschwunden waren.

Bei unserem Fall war an allen Schnitten im oberen Corium kaum eine Spur von diesem Gewebe zu entdecken. Unter der Subpapillarschichte ist das Gewebsnetz leidlich derbe und regelmäſsig entwickelt; aber im Verlauf nach oben geht es schnell in dünne, brüchig aussehende Maschen über, welche beim Erreichen des oberen Teils des Dermas so gut wie vollständig verschwinden. An den Haarfollikeln fehlt das elastische Gewebe ebenfalls gänzlich, was von anderen Forschern noch nicht erwähnt worden ist. Die Kontrollpräparate zeigen deutlich die dicken, wellenförmigen Fasern, die bis in die Papillen hinauf verlaufen und nach oben ins Stratum mucosum übergehen, bis sie schlieſslich zwischen den Zellen der Basalschicht endigen.

Wir halten es, wie auch PUSEY (63) vermutet hat, für durchaus wahrscheinlich, daſs diese Ausläufer des elastischen Gewebes einen hochwichtigen Faktor für die Verbindung der Epidermis mit dem Corium abgeben. Der fast vollständige Mangel an solchen Fasern bietet zweifellos eine hinreichende Erklärung für die Schwäche der Haut an diesen Teilen und läſst die bei Fällen dieser Art seitens des Integumentes dokumentierte Empfindlichkeit gegen Verletzungen begreiflich erscheinen.

In Anbetracht dessen, daſs der Zustand in so gut wie sämtlichen bisher beschriebenen Fällen kongenital auftrat, und eine hereditäre Übertragung nur bei etwa 50% der Fälle anzunehmen ist, scheint uns die Bezeichnung „Epidermolysis bullosa congenita“ immerhin besser angebracht als der Name „Epidermolysis bullosa hereditaria“. Herr Dr. ACHILLES ROSE aber, der hervorragende griechische Gelehrte, hatte die Güte, uns dahin zu belehren, daſs der Ausdruck „Epidermolysis“ eine Miſsbildung ist, und daſs die richtige Wortbildung „Epidermidolysis“ lautet. Obwohl es nun unangebracht erscheinen könnte, einen neuen Namen vorzuschlagen für ein Leiden, das schon so wie so an einem Übermaſs von Benennungen laboriert, so ist es doch niemals zu spät, einer Anomalie die richtige Bezeichnung zukommen zu lassen, und deshalb haben wir in diesem Falle das Wort „Epidermidolysis“ hierher gesetzt.

Verfasser	Geschlecht des Patienten	Hereditäre Verhältnisse	Beteiligung der Nägel
1. Goldscheider	männlich	Vater, Mutter, Bruder und Schwester affiziert	nein
2. Tilbury Fox	weiblich	Schwester affiziert, Bruder zweifelhaft	ja
Derselbe	weiblich	Schwester affiziert, Bruder zweifelhaft	ja
3. Legg	männlich	Schwester affiziert	ja
Derselbe	weiblich	Bruder affiziert	ja
4. Valentine	männlich	elf Mitglieder der Familie (in vier Generationen) affiziert	nein
5. Derselbe	männlich	Sohn des ersten Patienten	nein
6. Köbner	drei Fälle, Mutter und zwei Söhne	ein dritter Sohn auch affiziert	nein
7. Joseph	dieselben Fälle wie bei Köbner	—	—
8. Bonaniti	männlich	31 Mitglieder der Familie (in fünf Generationen) affiziert	nein
9. Blumer	männlich	elf Familienglieder (in fünf Generationen) affiziert	keine Angaben
10. Lesser	drei Fälle, Mutter und zwei Kinder	ein weiteres Mitglied der Familie auch affiziert	keine Angaben
11. von Düring	männlich	negativ	ja
12. Herzfeld	männlich	fünf Mitglieder der Familie affiziert	ja
13. Payne	männlich	negativ	ja
Derselbe	weiblich	negativ	ja
Derselbe	männlich	negativ	ja
14. Brooke	männlich	keine Angaben	nein
15. Duhring	männlich	keine Angaben	ja
16. Elliot	männlich	Vater affiziert	keine Angaben
Derselbe	männlich	negativ	keine Angaben
Derselbe	männlich	negativ	keine Angaben
17. Hoffmann	drei Fälle, zwei weibliche, ein Säugling	negativ bei dem einen Falle; die anderen standen in Vetterschaft zweiten Grades	ja, bei allen drei Fällen
18. T. C. Fox	zwei Fälle, Mutter und Sohn	keine weiteren Mitglieder der Familie affiziert	ja, in beiden Fällen
Derselbe	keine Angaben	negativ	ja
Derselbe	männlich	negativ	ja
19. Ledermann	weiblich	negativ	ja
20. d'Augagneur	männlich	negativ	ja
21. Beatty	drei Fälle, Vater, Sohn und Tochter	keine anderen Mitglieder der Familie affiziert	ja, bei allen drei Fällen
22. Grünfeld	männlich	negativ	ja
23. Bowen	weiblich	negativ	ja

Verfasser	Geschlecht des Patienten	Hereditäre Verhältnisse	Beteiligung der Nägel
24. Adrian	männlich	negativ	ja
25. Widal	weiblich	negativ	ja
26. Gilchrist	weiblich	negativ	keine Angaben
Derselbe	zwei Fälle, Mutter und Sohn	Vater der Mutter affiziert	keine Angaben
27. Russell	männlich	keine Angaben	ja
28. Michelson	weiblich	zwölf Mitglieder der Familie (in drei Generationen) affiziert	nein
29. Balzer und Alquier	männlich	negativ	nein
30. Elliot	männlich	negativ	nein
31. Bettmann	drei Fälle, Brüder	keine anderen Fälle in der Familie	ja, bei allen drei Fällen
Derselbe	drei Fälle, Vater, Sohn und Tochter	zehn Mitglieder der Familie (in drei Generationen) affiziert	ja, aber nur bei den Kindern
32. Derselbe	zwei Fälle, Mutter und Tochter	ein weiteres Kind auch affiziert	nein
33. G. W. Wende	männlich	fraglich	ja
Derselbe	männlich	negativ	ja
34. Schmidt	männlich	negativ	ja
35. Morris	männlich	auch andere Mitglieder der Familie affiziert	keine Angaben
36. Pernet	männlich	negativ	ja
37. Stanislawski	männlich	negativ	ja
38. Bukovsky	männlich	negativ	ja
39. Lesser	männlich	negativ	keine Angaben
40. Balzer und Fouquet	weiblich	eine Schwester auch affiziert	ja
41. Hallopeau und Sée	männlich	negativ	nein
42. Smith	weiblich (einziger Fall des Leidens bei der schwarzen Rasse)	fünf Mitglieder der Familie (in vier Generationen) befallen	keine Angaben
43. Rona	zwei Fälle, Mutter und Tochter	kein anderer Fall in der Familie	ja, bei beiden Fällen
44. Freeman	männlich	negativ	keine Angaben
45. Petrini-Galatz	drei Fälle, Schwestern	fünf Mitglieder der Familie befallen	ja, bei allen drei Fällen
46. Berger	männlich	vier Mitglieder der Familie (in zwei Generationen) befallen	keine Angaben
47. Linser	Säugling	zwei Vettern affiziert	keine Angaben
Derselbe	zwei Fälle, Brüder	keine weiteren Angaben	ja, bei beiden Fällen
48. Sequeira	weiblich	negativ	ja

Verfasser	Geschlecht des Patienten	Hereditäre Verhältnisse	Beteiligung der Nägel
Sequeira	männlich	negativ	ja
49. Stainer	männlich	eine Schwester befallen	ja
50. Savill	zwei Fälle, Bruder und Schwester	keine weiteren Angaben	ja, bei beiden Fällen
51. Engman und Mook (Bulkleysche Klinik)	männlich	negativ	nein
Dieselben (Bulkleysche Klinik)	weiblich	negativ	ja
Engman und Mook	männlich	negativ	ja
Dieselben	weiblich	negativ	ja
52. Williams	weiblich	negativ	ja
53. Mackenzie	weiblich	drei Familienmitglieder (in zwei Generationen) affiziert	keine Angaben
54. Pusey	männlich	negativ	ja
55. Bulkley	weiblich	negativ	ja
Derselbe	männlich	negativ	keine Angaben
61. Holder	weiblich	negativ	keine Angaben
64. Cane	drei Fälle, Mutter und Söhne	sechs Mitglieder der Familie (in vier Generationen) affiziert	keine Angaben

Leider waren uns die Berichte von Whitfield (56) und von Colombini (57) nicht direkt zugängig, und die Bemerkungen in den Lehrbüchern von Stelwagon (58) und von Crocker (59) ihre eigenen Fälle betreffend geben keine Auskunft nach der gewünschten Richtung. Den Originalbericht über den Startinschen (60) Fall haben wir überhaupt nicht plazieren können.

Wir möchten noch Herrn Dr. Harry Czralinsky, Deputy Coroner, der uns reichlich mit Leichenmaterial versah, unseren Dank hier aussprechen und ebenso Herrn Dr. O. B. Castle, Prosektor am General-Hospital, für die gütige Anfertigung einer großen Anzahl von mikroskopischen Präparaten.

Literatur.

1. Goldscheider, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1882. Nr. 6.
2. Tilbury Fox, *Lancet.* 1879. Bd. I, S. 766.
3. Wickham Legg, *St. Bartholomew's Hosp. Reports.* 1883. Bd. XIX.
4. Valentine, *Klin. Wochenschr.* 1885. Bd. XXII, Nr. 10.
5. — *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1906. Bd. LXXVIII, S. 87.
6. Köbner, *Dtsch. Wochenschr.* 1886. Bd. XII, Nr. 2.
7. Joseph, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1886. Bd. V, Nr. 1.

8. Bonaniti, *Il Morgagni*, Dec., 1890. (Ausz. *Brit. Journ. Derm.* 1893.)
9. Blumer, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. Bd. XXIV.
10. Lesser, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. XXIV, Supplement.
11. von Düring, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892. Bd. XV.
12. Herzfeld, *Berl. klin. Wochenschr.* 1893. XXXIV.
13. Payne, *St. Thomas' Hosp. Reports.* 1882, 1884, 1886; *Lancet* 1893. Bd. II, S. 425.
14. Brooke, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1887. Bd. V.
15. Duhring, *Internat. Clinic.* 1893. Bd. III, 2. Serie.
16. Elliot, *Journ. Cut. Dis.* 1895, S. 10; 1899, S. 539.
17. Hoffmann, *Münch. med. Wochenschr.* 1895. Nr. 3—4.
18. T. C. Fox, *Brit. Journ. Derm.* Bd. IX.
19. Ledermann, *Verhandl. d. Berl. Derm. Ges.* 1897. Nr. 7.
20. d'Augagneur, *Soc. franç. de derm. et de syph.* 10. Juni 1897.
21. Beatty, *Brit. Journ. Derm.* August 1897.
22. Grünfeld, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1898. XLIII.
23. Bowen, *Journ. Cut. Dis.* 1898. S. 253.
24. Adrian, *Dtsch. Derm. Ges.* 1898. Bd. VI.
25. Widal, *Réunion d. méd. de l'Hôpital St. Louis* April 1889.
26. Gilchrist, Zitat von Smith, loc. cit., auch *Journ. Cut. Dis.* 1899. S. 539.
27. Russell, *Journ. Cut. Dis.* 1900. S. 405.
28. Michelson, *Dtsch. med. Wochenschr.* 19. April 1900.
29. Balzer und Alquier, *Verhandl. d. Soc. franç. de derm. et de syph.* 1900.
30. Elliot, *New York med. Journ.* 21. April 1900.
31. Bettmann, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1901. Bd. LV.
32. — *Derm. Zeitschr.* 1903. Bd. X, S. 561.
33. Wende, *Journ. Cut. Dis.* 1902, S. 537; ibid. 1904, S. 14.
34. Schmidt, *Journ. americ. med. assoc.* 31. Aug. 1901.
35. Morris, *Brit. Journ. Derm.* 1902, Bd. XV; ibid. 1907, S. 246.
36. Pernet, *Brit. Journ. Derm.* 1904. S. 225.
37. Stanislawski, *Russ. Journ. f. Haut- u. Geschl.-Krankheiten.* 1903. Bd. V, S. 149.
38. Bukovsky, *Arch. f. Syph. u. Derm.* Bd. LXVII, S. 163.
39. Lesser, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1903. S. 665.
40. Balzer und Fouquet, *Ann. de Derm. et de Syph.* März 1904. S. 250.
41. Hallopeau und Sée, *Ann. de Derm. et de Syph.* April 1904, S. 342. — Hallopeau, *Ann. de Derm. et de Syph.* 1898. S. 721.
42. Smith, *Maryland med. Journ.* Bd. 54, S. 141.
43. Rona, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. L, S. 539.
44. Freeman, *Brit. Journ. Derm.* 1904. S. 878.
45. Petrini-Galatz. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1906. S. 766.
46. Berger, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. LXXX, S. 23.
47. Linser, *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. LXXXIV, S. 369.
48. Sequeira, *Brit. Journ. Derm.* 1904. S. 103, 460.
49. Stainer, *Brit. Journ. Derm.* 1904. S. 473.
50. Savill, *Brit. Journ. Derm.* 1905, S. 460; ibid. 1907, S. 277.
51. Engman und Mook, *Journ. Cut. Dis.* 1906. S. 55.
52. Williams, *Brit. Journ. Derm.* 1907. S. 10.
53. Mackenzie, *Brit. Journ. Derm.* 1907. S. 284.
54. Pusey, *Journ. Cut. Dis.* 1907. S. 421.
55. Bulkley, *Journ. Cut. Dis.* 1904. S. 589, 590.
56. Whitfield, *Brit. Journ. Derm.* Bd. XIV, S. 471.

57. Colombini, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 15. Mai 1900.
58. Stelwagon, *Diseases of the Skin.* 1904. S. 361.
59. Crocker, *Diseases of the Skin.* 1908. Bd. I, S. 294.
60. Startin, Zitat bei Crocker, loc. cit.
61. Holder, *Journ. Cut. Dis.* 1905. S. 542.
62. Pollitzer, *Journ. Cut. Dis.* 1899. S. 539.
63. Pusey, *Princ. and Pract. of Derm.* 1907. S. 23.
64. Cane, *Brit. med. Journ.* 1909. Bd. I, S. 1114. (Ausz. *Journ. Cut. Dis.* 1909. S. 580.)

Übersetzt von Dr. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die Mikrosporie, besonders auf der unbehaarten Haut (in Japan „Hatake" genannt).

Von

Dr. Aoki-Tokyo.

Mit einer Abbildung im Text.

Durch zahlreiche Publikationen erfuhren wir schon vor geraumer Zeit, daſs die Mikrosporie in England, Amerika und Frankreich eine sehr verbreitete Krankheit ist. So berichtet Crocker (1), daſs von sämtlichen vorkommenden Trichophytiefällen auf Mikrosporie in England 90%, in Frankreich 65% und in Boston 52% entfallen, während bisher in Italien, der Schweiz und in Deutschland, mit Ausnahme von Hamburg, kein Fall dieser Krankheit vorgekommen ist. Jedoch hatten wir erst neulich ein allerdings nur beschränktes Auftreten der Mikrosporie in Basel, wo Bloch (2) 161 Fälle an Knaben und 35 Fälle an Mädchen im Alter von 2—14 Jahren nachgewiesen hat, ferner in Italien (35 Fälle Pasinis [3]) und in Berlin (20 Fälle Glasers [4]).

Es dürfte daher von Interesse sein, das Auftreten und die Verbreitung dieser Krankheit im Orient, und zwar speziell in Japan, eingehender zu besprechen.

Um einen genauen Überblick über die medizinische Wissenschaft in Japan zu gewinnen, ist es erforderlich, zunächst die chinesische Heillehre zu studieren. Denn die Japaner haben ihre medizinischen Kenntnisse von den Chinesen übernommen, und Jahrhunderte hindurch lag die Heilkunde unseres Landes in den Händen chinesisch gebildeter Ärzte (sog. Kan-po-i). Vor etwa 400 Jahren erst fand die europäische Heilwissenschaft Eingang in Japan, indem zuerst Portugal, dann Spanien, England, Holland und schlieſslich Deutschland seine Ärzte als Lehrer nach unserem Lande sandten.

Die chinesische Medizin ist aber ganz und gar hypothetisch, was besonders in der Ätiologie klar zutage tritt. Die chinesische Wissenschaft

hält nämlich den Wind (Fu) für den Krankheitserreger, sie hielt ihn für das Gift, das, in den Organismus eingedrungen, die verschiedenen Krankheiten erzeugt. Deshalb nennt die chinesische Medizin z. B. die Lepra „Rai-fu" (Aussatz-Wind), den Tetanus „Hascho-fu" (Wunde durchdringenden Wind), die Hydrophobie „Fu-pen" (Hunde-Wind). Andererseits aber sind die symptomatischen, auf langer Erfahrung beruhenden Lehren der Chinesen sehr zuverlässig und von hohem Wert. In China erschienen gute Bücher, zuerst unter dem Namen: „Bio-gen-ko-ron" im Jahre 609 n. Chr., d. h. vor 1301, und dann unter dem Namen: „Ge-ka-sei-so" im Jahre 1617, d. h. vor 293 Jahren. Dieselben enthalten viele Lehren, die auch von der modernen Medizin für richtig erkannt wurden. Diese Bücher bedeuteten einen grofsen Fortschritt gegen die bisherigen Auffassungen auf diesem Gebiete. Die Mikrosporie wird in diesen Büchern „Haku-schen" (Weifs-Tinea) oder „Haku-toku-fu" (Weifs-kahl-Wind) genannt und folgendermafsen beschrieben: Der Wind dringt in die Haut ein und erzeugt dort Blähungen. Hierdurch wird die Ausscheidung verhindert und die Ernährung der Haut unterbunden. Infolgedessen vertrocknet letztere und schuppt ab.

Im Jahre 1826, also vor 74 Jahren, verfafste der Japaner Homma-Gentscho ein Werk des Namens: „Tō-ka-hirok". Es ist vermutlich das erste in Japan verfafste Werk über Mikrosporie. Auch in diesem Buche wird die Mikrosporie unter dem Namen „Haku-toku-fu" (Weifs-kahl-Wind) oder „Schirakumo" (Weifs-Wolke) besprochen, und es wird darauf hingewiesen, dafs diese Krankheit bei Kindern häufiger auftritt, als bei Erwachsenen, und dafs sie sich besonders am Kopfe, an den unbehaarten Stellen des Gesichts und am Halse, aber auch an anderen Stellen zeigt, und die erkrankte Haut von weifslichen Schuppen bedeckt erscheint.

Aus oben genannten Werken ersehen wir, dafs diese Krankheit schon in früheren Jahrhunderten in Japan und China existierte. Auch erkannten wir, zwar nicht auf ätiologischem, aber auf symptomatischem Wege, dafs die Mikrosporie als selbständige Hautkrankheit bekannt war, während man diesen Unterschied in Europa erst 1892—1894 erkannte, und zwar war es Sabouraud, der nicht nur den symptomatischen, sondern auch den ätiologischen Unterschied nachwies.

Die jetzt in Japan besonders verbreiteten Arten der Trichophytien sind: „Tamuschi" oder „Seni-gasa" (Herpes tonsurans), „Schira-kumo" (Mikrosporie) sowie „Hatake" (die Mikrosporie an unbehaarten Körperstellen).

Ob die letztere auch in China bekannt war, ob sie dort einen dem Worte „Hatake" entsprechenden Namen hatte, ist zweifelhaft. Sicher aber hatte sie in Europa noch keinen Namen, trotzdem sie in medizinischen Werken erwähnt wird (siehe Iwan Blochs: „Praxis der Hautkrankheiten, Unnas Lehren", S. 505 und Finger: „Hautkrankheiten", S. 358). In Japan allein ist sie unter dem Namen „Hatake" schon seit langem bekannt.

Das Wort „Hatake“ bedeutet eigentlich „Acker“. Gleichwie der mit der Harke aufgewühlte Acker sich abhebt von der ihn umgebenden Landschaft, so hebt sich die an „Hatake“ erkrankte Hautstelle ab von der glatten, gesunden Haut. Daher der Name.

Der Name „Schira-kumo“ hingegen bedeutet: „Weiſse Wolke“.

Hier vergleicht man die an behaarten Stellen des Kopfes auftretende Tinea mit einer weiſsen Wolke, die sich auf einem waldigen Berggipfel niedergelassen hat.

Berichte über „Schira-kumo“ wurden in neuerer Zeit in Japan veröffentlicht von Asahi (5), Sh. Dohi (6), Yamada (7) und mir (8).

Wir kamen alle zu dem Schluſs, daſs diese Krankheit in Japan bedeutend häufiger auftritt als in Europa, und daſs sie mit der in Europa auftretenden Mikrosporie wesensgleich ist.

Der sympto-ätiologische Zusammenhang zwischen „Hatake“ und „Schira-kumo“ ist aber wissenschaftlich noch nicht festgelegt worden, obwohl Dohi (9), Matsuura (10), Yamada (8) und ich (8) der Meinung sind, daſs „Hatake“ und „Schira-kumo“ ein und dieselbe Krankheit seien.

Ich beschäftigte mich auch deshalb seit dem Mai 1909 mit der Erforschung der Wesenheit und des Ursprungs der „Hatake“ und lege im folgenden die Ergebnisse meiner Studien dar.

Im übrigen zeigt sich „Hatake“ in Japan hauptsächlich bei Kindern im Alter von sechs bis acht Jahren, und tritt gleichzeitig mit „Schira-kumo“ auf (siehe folgende Tabelle):

Tabelle I.

Art	In Kindergärten								In Volksschulen												Unter den Patienten meines Hospitals															
Lebensalter	5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		Sa.	
Geschlecht	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
Hatake			4	2	3		1	3						1								1				1								1	8	9
Hatake + Schira-kumo	1		11		9	1	4		3		3		2				1																		34	1
Schira-kumo			9		7		7	1	5		2		1		2		1				1														35	1
Summa	1		24	2	19	1	12	4	8		5		3	1	2		2				1	1				1								1	77	11

Ich habe deshalb eine Untersuchung der Kinder in den Kindergärten vorgenommen, und zwar in Kindergärten der Reichen sowohl wie der

Armen, um zu beweisen, dafs die Lebensstellung bei Entstehung der „Hatake“ eine grofse Rolle spielt.

Tabelle II.

Art	In Kindergärten reicher Leute										In Kindergärten armer Leute									
Lebensalter	5		6		7		8		Summa		5		6		7		8		Summa	
Geschlecht	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W	M	W
Kinderzahl	3		6	2	16	9	5	8	30	19			26	15	18	6	18	19	62	40
Hatake	1		1		1			1	3	1			3	2	2			2	5	4
Hatake + Schira-kumo			1		3		1		5				10		6	1	4		20	1
Schira-kumo			2		2				4				7		5		7	1	19	1
Summa	1		4		6		1	1	12	1			20	2	13	1	11	3	44	6

Es ergibt sich also das auffallende Resultat, dafs die „Hatake“ in Kindergärten armer Leute 25 von 62 männlichen Kindern (etwa 40%) und 5 von 40 weiblichen (etwa 12,5%) ergriffen hatte, während sie in den Kindergärten der Reichen nur 8 unter 30 männlichen (etwa 26%) und 1 unter 19 weiblichen (etwa 5,5%) befiel.

„Schira-kumo“ findet sich in Japan bei Mädchen sehr selten im Gegensatz zu Europa, wo sie auch bei Mädchen häufig gefunden wird (siehe die oben erwähnten Fälle Blochs: 35 Fälle an Mädchen gegen 161 Fälle an Knaben).

Ich selbst fand in Japan, wie obige Tabelle I zeigt, bei Mädchen kaum 2 gegen 69 Fälle an Knaben.

Dagegen wird „Hatake“ auch bei uns nicht selten an Mädchen sogar reiferen Alters gefunden (siehe oben Tabelle I: 9 Fälle „Hatake“ gegen 2 Fälle „Schira-kumo“ und 3 Fälle „Hatake“ an 15, 17 resp. 21 Jahre alten weiblichen Personen).

Auch tritt diese Krankheit bisweilen allein, ohne Begleitung der „Schira-kumo“ auf, was wir besonders bei erwachsenen Personen weiblichen Geschlechts bemerken.

Unter den 52 Fällen von „Hatake“, die ich beobachtete, konnte ich 25 Fälle am Gesicht und Hals, einen Fall, der sich von Hals und Gesicht über Brust und Rücken verbreitete und schliefslich drei Fälle am Halse allein konstatieren.

Es handelt sich bei „Hatake“ um hirsekorngroſse an den Follikelmündungen lokalisierte, bräunliche, allmählich sich mit feinen, weiſsen Schüppchen bedeckende Knoten. Mehrere dieser Knoten bilden dann rundliche oder ovale Herde und verbreiten sich ringförmig. Diese Ringe sind weiter als der gewöhnliche Trichophytiering und besitzen weder Bläschen noch Pusteln. Dabei sind die entzündlichen Erscheinungen ganz minimal und können sogar scheinbar ganz fehlen. Gewöhnlich klagt der Patient nur über geringes Jucken, oft nicht einmal hierüber.

Da es mir nicht möglich war, ein Schnittpräparat herzustellen, so kann ich auch kein Urteil über die Pathologie der „Hatake“ abgeben,



„Hatake“ bei einem Mädchen im 8. Lebensjahre. **„Schira-kumo“ und „Hatake“ bei einem Knaben im 7. Lebensjahre.**

glaube aber annehmen zu dürfen, daſs der pathologische Befund von „Hatake“ dem der „Schira-kumo“ sehr ähnlich ist. Folgende zwei Beobachtungen berechtigen mich zu diesem Schlusse:

1. Symptom und Verlauf der beiden Krankheiten sind ähnlich.
2. Der Erreger ist der gleiche.

Ich möchte deshalb bei dieser Gelegenheit in untenstehender Anmerkung meinen schon vor geraumer Zeit festgelegten pathologischen Befund der „Schira-kumo“ darlegen.

Anmerkung: Wir können zwar am Stratum corneum reichlich Sporen bemerken, doch bilden sich die Fäden an dieser Stelle sehr

spärlich; auch in der Cutis können dieselben nicht entstehen. Wir finden häufig Fäden und Sporen im Haarbalg, besonders im Haarmark und der Rindensubstanz sowie in der Wurzelscheide. Fast immer aber sehen wir sie in der äufseren Wurzelscheide.

Dies führt mich zu der Annahme, dafs der Pilz zuerst zwischen Stratum corneum und Haarschaft ein-, dann in die innere Wurzelscheide vordringt und endlich hinabsteigt zur Haarpapille, die sehr reich an Nährstoff ist, weshalb der Pilz dort vortrefflich gedeiht und dann durch das Haarmark und die Rindensubstanz emporsteigt. So erklärt es sich auch, dafs der Pilz in anderen Schichten nicht gefunden wird. Die Hornschicht erscheint in höherem oder geringerem Grade parakeratotisch. Um die Haarfollikel und bisweilen auch im Papillarkörper findet sich mehr oder weniger Leukocyteninfiltrat.

Die Behauptung, dafs „Hatake“ und „Schira-kumo“ wesensgleiche Krankheiten seien, darf aber nicht nur auf klinischem Wege, sondern mufs auch ätiologisch bewiesen werden. Daher habe ich auch bakteriologische und Impfversuche angestellt. Um das Wesen des Erregers der „Schira-kumo“ sichtbar zu machen, entfernt man mittels der Pinzette oder des Messers abgeschabte Epidermisschuppen oder ausgerissene Haare, besonders farb- und glanzlose Haare, aus dem Krankheitsherde. Bei „Hatake“ aber entnimmt man dem Herde abgeschabte Schuppen und Lanugo.

In beiden Fällen versetzt man sie dann mit 10%iger Kalilauge und läfst diese einige Minuten einwirken.

Bei „Schira-kumo“ erkennen wir unter dem Mikroskop zahlreiche Sporen, und zwar in verschiedenen Gröfsen, nämlich kleine, die vollkommen kreisförmig sind und einen Durchmesser von 2 μ haben; dann mittelgrofse, die 3 μ lang bei 2 μ breit sind; endlich die grofsen, diese sind 5 μ lang und 3 μ breit. Die beiden letzteren sind also oval.

Bei „Hatake“ aber findet man nur äufserst wenige Sporen, die 3 μ lang und etwa 2 μ breit sind.

Nur in seltenen Fällen von „Schira-kumo“ kann man Hyphen finden. Ich brachte die mit absolutem Alkohol behandelten Schuppen und Haare oder Lanugo von „Schira-kumo“ und „Hatake“ in säuerlichen Nähragar, nach der in Unnas Laboratorium angewandten Methode und legte sie in den Brutofen. Nach zwei bis drei Tagen konstatierte ich in beiden Nährböden die jetzt erst sichtbare, kreisrunde, gelblichweifse Kolonie, die noch nicht aus Hyphen, sondern nur aus entwickelten Sporen 3—5 μ lang und 3 μ breit bestanden.

Bei „Hatake“ entwickelt sich übrigens diese Kolonie später und schwerer als bei „Schira-kumo“, wie oben erwähnt.

Nach drei bis fünf Tagen können wir aber blofs die aus einem Septum bestehenden, etwa 8 μ langen und 1,5 μ breiten Hyphen finden, während

die Sporen nicht sichtbar sind, sondern sich zu Hyphen entwickelt zu haben scheinen.

Nach der Entwicklung der Kolonie erscheint kastanienförmiger, zarter, weifser Flaum, der mit der Zeit braun wird, über einer feinstrahligen Wolke von in den Agar einwachsenden Bodenhyphen. Sehr schwer war es, durch Impfung der in der Reinkultur gezogenen Pilze die „Hatake" bei Kindern hervorzubringen, während ich bei „Schira-kumo" unschwer Erfolge erzielen konnte. Dennoch aber gelang es mir einmal durch Impfung von „Hatake"-Pilzen in der Gesichtshaut „Hatake" hervorzurufen.

Obwohl ich nun nicht in der Lage bin, einen pathologischen Befund hierüber zu veröffentlichen, so schliefse ich doch aus obigen Resultaten, dafs „Hatake" und „Schira-kumo" wesensgleich sind.

Literatur.

1. Crocker, *Diseases of the Skin.* Bd. II, S. 1207.
2. Bloch, *Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1907. Nr. 24.
3. Pasini, Bericht in der Mailänder Gesellschaft für Medizin und Biologie.
4. Glaser, *Berl. klin. Wochenschr.* 1908. Nr. 23.
5. Asahi, *Japan. Zeitschr. f. Derm. u. Urol.* Bd. III, S. 354—355.
6. Sh Dohi, *Japan. Zeitschr. f. Derm. u. Urol.* Bd. V, S. 294—296.
7. Yamada, *Tokyoer med. Wochenschr.* Nr. 2047.
8. Aoki, *Tokyoer med. Wochenschr.* Nr. 1309 und 1311.
   — *Japan. Zeitschr. f. Derm. u. Urol.* Bd. VI, S. 339.
9. Dohi, *Japan. Zeitschr. f. Derm. u. Urol.* Bd. V, S. 295.
10. Matsuura, *Japan. Zeitschr. f. Derm. u. Urol.* Bd. VI, S. 340.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

Januar 1910.

I. **Über Autointoxikationen bei Hautkrankheiten,** von M. Lichtenfeld-Warschau. L. prüfte bei 258 Hautkranken die Beziehungen zwischen Magendarmfunktionen und den verschiedenen Dermatosen durch Untersuchungen des Harns auf Indikan. Bei 138 Fällen fand er Anlage zur Indikanproduktion, was ungefähr 53 % ausmacht.

II. **Erwiderung auf den Artikel Max Josephs: „Über das Gonosan",** von Ludwig Waelsch-Prag. W. verwahrt sich gegen die Annahme, dafs er ein unbedingter Anhänger der ausschliefslichen Anwendung der Balsamica wäre; er empfiehlt die balsamischen Öle wohl als Adjuvans der Tripperbehandlung, mit der aber eine antiseptische Injektions- oder Spülbehandlung Hand in Hand gehen mufs.

III. **Über Verhornungen,** von Ludwig Kaufmann. Übersichtsreferat.

Schourp-Danzig.

Februar 1910.

1. **Über Arsan, eine neue Anwendungsform der arsenigen Säure,** von DIETRICH AMENDE-Bamberg. Das Arsan ist eine Verbidung von Arsen mit einem präparierten Pflanzeneiweiſs, der in der Therapie bereits bekannten Glidine, und wird in Tabletten in den Handel gebracht, die je 0,002 Arsen enthalten: dieses ist so locker an das Eiweiſs gebunden, daſs die in der Form der arsenigen Säure vor sich gehende Abspaltung bereits bei Anwesenheit von Wasser erfolgt. Andrerseits ist die Abspaltung eine so langsame, daſs die Resorption eine nur allmähliche ist. Die Wirkung ist nach Verfassers Erfahrungen eine gute, dabei haben die Tabletten vor anderen Präparaten den Vorzug der verhältnismäſsigen Unschädlichkeit, der Handlichkeit und des angenehmen Geschmacks.

2. **Über Arzneiexantheme nach Gebrauch von Xeroform, Anästhesin und Terpentinöl,** von FRANZ FISCHER-Berlin. Kasuistische Mitteilung einzelner Fälle von ausgebreiteter akuter nässender Dermatitis nach Gebrauch von Xeroformpuder, Anästhesin in Puder- und Salbenform, und nach Einreibungen, die mit Ol. Terebinth. und Ol. Hyoscyami zu gleichen Teilen gemacht wurden.

März 1910.

Weitere Ergebnisse über die Ausscheidung von Rhodan im Speichel Syphilitischer, von JOHANNES ASCHER-Berlin. A. hat frühere Untersuchungen von JOSEPH u. a. über die Rhodanausscheidung im Speichel wieder aufgenommen und an 118 Patienten der JOSEPHschen Poliklinik Versuche angestellt. Er ist der Ansicht von MENSE, daſs die Rhodanausscheidung physiologisch ist und das Fehlen eine pathologische Beeinflussung des Stoffwechsels bedeutet. Das Rauchen spielt bei der vermehrten oder verminderten Ausscheidung eine wichtige Rolle, insofern Raucher stets Rhodan in erhöhtem Maſse ausscheiden; da die Verminderung der Ausscheidung unter pathologischen Verhältnissen eine prozentual entsprechende ist, hat A. die Raucher aus seiner Versuchsreihe möglichst ausgeschieden (16 von 118 Fällen). 92 Patienten litten an Lues der verschiedenen Stadien und zeigten durchweg eine starke Verminderung oder völliges Fehlen der Rhodanausscheidung, und zwar Fehlen in den Anfangsstadien und langsames Ansteigen im weiteren Verlauf der Lues, ohne jedoch jemals auch nur den halben normalen Wert zu erreichen. Daraus geht für A. mit Sicherheit die Bestätigung der Annahme MENSES, die Rhodanreaktion zu diagnostischen Zwecken verwenden zu können, hervor. *W. Lehmann-Stettin.*

The British Journal of Dermatology.

März 1910.

Zur Histologie der Dermatitis exfoliativa neonatorum, von E. F. SKINNER-Sheffield. Die Histologie der Affektion ist charakterisiert durch ausgedehnte Abhebung der Hornschichten des Epithels, verursacht durch eine rasche Exsudierung von Serum, das die Neigung hat, in gröſseren Herden auf der Oberfläche sich anzusammeln, welches Exsudat offenbar das Resultat des in der Stachelzellenschicht vorhandenen Ödems ist, das wiederum der in den Haut- und Unterhautgefäſsen vorherrschenden Gefäſsdilatation seine Entstehung verdankt. Diese Tatsachen bilden zusammen mit der Anwesenheit von Kokken an der Oberfläche, die wahrscheinlich nur auf zufällige Infektion zurückzuführen sind, die hauptsächlichsten histologischen Merkmale. Zur genaueren Erklärung derselben nimmt Verfasser ein Hämagglutinin an, das im Blutstrom zirkuliert und Gerinnung intra vitam bewirkt, ohne daſs er aber die Hypothese von Thrombosebildung, die noch vieler Beweise bedürfte, als Ursache

der Ritterschen Krankheit anerkennen möchte. Die beigefügten (neun) Zeichnungen illustrieren in trefflicher Weise sowohl das makroskopische wie histologische Bild dieses Hautleidens, das bekanntlich meist zu tödlichem Ende führt. *Stern-München.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

März 1910.

Ein Fall von Pemphigus vegetans, mit spezieller Beziehung auf die dabei gefundenen Zellelemente, von M. B. Hartzell-Philadelphia. Der Fall betraf einen 76jährigen Mann und begann mit einer Blaseneruption am Hinterkopf, welche allmählich auf Gesicht, Rumpf und Extremitäten sich ausbreitete, spezielle Lokalisation um die Achseln, Genito-Cruralgegend und Beine zeigte, an einzelnen Stellen ausgeprägte Neigung zu ringförmiger Anordnung hatte, die Schleimhäute des Rachens ergriff und zu papillomatösen Wucherungen in der Achsel- und Leistengegend führte; das Verschwinden der Eruptionen war von hochgradiger Pigmentierung gefolgt. Mikroskopisch wurde gefunden, dafs die zwischen Epidermis und Corium sitzenden Blasen mit eosinophilen Zellen gefüllt, die Papillen des Corium hochgradig erweitert, speziell in der Längsrichtung, und dafs eosinophile Zellen in ungewöhnlich grofser Anzahl in den Papillen und im subpapillaren Teil des Corium vorhanden waren. H. hatte auch Gelegenheit, eine frische Blase von einem Pemphigus vulgaris-Fall, der später tödlich endete, mikroskopisch zu untersuchen und fand hierbei ein ganz anderes Bild, nur eine geringe Zahl von Eosinophilen und die Papillen des Coriums nur ganz mäfsig vergröfsert: es scheint ihm der, wenigstens in diesen beiden Fällen, beobachtete Unterschied zwischen Pemphigus vegetans und Pemphigus vulgaris jedenfalls beachtenswert.

In der folgenden Diskussion (auf der 33. Jahresversammlung der amerikanischen Dermatologenvereinigung, Philadelphia, 3. bis 5. Juni 1909) erklärte James Nevins Hyde, er habe nur acht Fälle von Pemphigus vegetans im ganzen gesehen, wovon die Mehrzahl die Affektion in der Schamgegend gehabt haben; wegen dieser Lokalisation würden wohl manche Fälle für syphilitische gehalten werden.

Pernet hält immerhin Pemphigus vegetans für sehr selten und glaubt, verschiedene ätiologische Faktoren kommen hierbei in Betracht, eine ausgedehnte Blaseneruption sei immer der Ausdruck einer sehr schweren Intoxikation.

Auch Louis A. Duhring hebt die Seltenheit der Affektion, deren leichte Verwechslung mit Syphilis und meist tödlichen Verlauf hervor. Mit vier Abbildungen.

Ein Fall von Pemphigus foliaceus, von H. H. Hazen-Washington. Der Fall betraf einen 30jährigen Mann, bestand seit etwa vier Jahren und war in Summa durch folgende Besonderheiten ausgezeichnet: 1. Der Bacillus pyocyaneus wurde im kreisenden Blut, im Urin und in nicht purulenten Blasen und über der ganzen Hautoberfläche nachgewiesen. Dieser Organismus ist wahrscheinlich die Ursache der Krankheit, es ist aber möglich, dafs er als sekundärer Keim in Betracht kommt. 2. Der Staphylococcus aureus ist ein weiterer (sekundärer) Mikroorganismus, der verursacht, dafs die Blasen purulent werden. 3. Die Urinuntersuchung ergab verminderten Gehalt an N-substanzen, entsprechend den in Schuppen und Serum enthaltenen Verlusten; der Gehalt an Ammoniaksalzen ist sehr hoch, wahrscheinlich als Folge sauerer, durch die Infektion bewirkter Intoxikation. 4. Leukocytosis ist in wechselnden Graden vorhanden. 5. Die histologischen Befunde älterer Forscher fanden sich bestätigt. 6. Als die beste Behandlungsmethode hat sich das kontinuirliche Bad (tagsüber) bewährt, während alle inneren Mittel sich als nutzlos erwiesen. 7. Des Patienten Serum zeigte keine Agglutinationsfähigkeit gegenüber dem Bacillus pyocyaneus.

Nach Injektion einer aus dem Bacillus pyocyaneus hergestellten Vaccine hatte Patient eine heftige Reaktion, die ähnlich jener nach Tuberkulininjektion war. Vielleicht könnten kleinere Dosen vorteilhafter sein; das spräche für die Pyocyaneustheorie. Schliefslich erklärt H., die ganze Gruppe der Blasen-(Pemphigus-)Eruptionen bedürfe noch weiterer Forschungen und zwar mit dem ganzen Rüstzeug der modernen Untersuchungsmethoden, wie bakteriologischer Untersuchung von Blut, Blasen, Harn, Faeces, agglutinierende Wirkung des Blutes usw. Mit (4) Abbildungen über den makroskopischen und histologischen Befund.

Bericht über einen Pellagrafall in New Yersey, von E. D. Newman-Newark. Der Fall betraf einen zehnjährigen Knaben, der dreimal von scharf umgrenzten Hauteruptionen (Rötung, dann Abschuppung und schliefslich Verdickung und Fissuren) im Gesicht, an Handrücken, Ellenbogen und Knien befallen wurde, aufserdem heftige Diarrhöen hatte und hochgradiges Schwächegefühl von Beginn der Affektion an zeigte. Nach etwa $1^1/_2$jähriger Dauer endete der Fall tödlich. Mit zwei Abbildungen.

Stern-München.

Verhandlungen der Royal Society of Medicine.

Dermatological Section.

Bd. III, Nr. 3. (Januar 1910.)

Sitzung vom 16. Dezember 1909.

Ein Fall von wahrscheinlichem Pemphigus vegetans, von P. S. Abraham. Die Affektion hat bei der 42jährigen verheirateten Frau seit einem Vierteljahr bestanden und hat sich auf Liquor arsenicalis Fowleri langsam gebessert.

Ein Fall von Dermatitis herpetiformis, von P. S. Abraham. Das zehnjährige Mädchen erkrankte zuerst vor etwa einem halben Jahr; die Affektion heilte unter Borsäureumschlägen und Salben nebst innerer Darreichung von Eisen und Arsenik ab, ist aber jetzt wieder in alter Heftigkeit hervorgetreten.

Fall von Dermatitis herpetiformis, von H. W. Dawson. In den Blasen hat man den Klebs-Löfflerschen Bacillus gefunden. Injektionen von Antitoxin brachten zeitweilig eine vollständige Beseitigung der Läsionen zustande.

Fall zum Diagnostizieren, von G. W. Dawson. Der 25jährige, sonst gesunde Mann scheint an der von R. Crocker als Xantho-Erythrodermia bezeichneten Affektion zu leiden.

Bazinsche Krankheit bei einem 36jährigen Manne, von G. W. Dawson.

Fall von Dermatitis artefacta, von T. Colcott Fox. Bei dem 16jährigen, neurotischen Mädchen bestehen auf beiden Wangen je zwei gröfsere Ulcerationen, welche offenbar absichtlich erzeugt worden waren. Das Palatum molle ist vollständig anästhetisch.

Fall zum Diagnostizieren, von E. G. G. Little. Der chronische granulomatöse Tumor am Gesäfs bei dem älteren Manne könnte als Aktinomykosis imponieren, ist aber wahrscheinlich luetischen Ursprungs.

Naevi pigmentosi bei einem zweijährigen Mädchen, von E. G. G. Little.

Ein Fall von Besnierscher Kératodermie palmaire et plantaire symmétrique et congénitale, von E. G. G. Little.

Mikroskopische Präparate von Melanosis cutis, von G. Pernet.

Fall von Mischtumor (Tricho-Epithelioma papulosum und Syringo-Cystadenoma), von J. E. R. McDonagh. Bei der 48jährigen Patientin hatten die kleinen Tumoren an den unteren Augenlidern einige Jahre bestanden und gaben zu keinen Beschwerden Anlafs. Die mikroskopische Untersuchung ergab einen eigentümlich gemischten Charakter des Prozesses.

Fall von Sclerodermia acroterica, von T. D. SAVILL. Redner diagnostiziert den Fall nicht als echte Sklerodermie, sondern nach HUTCHINSON als die akroterische Abart; der Fall verhält sich den verschiedenen therapeutischen Maſsnahmen gegenüber recht refraktär.

Zwei Fälle von Mykosis fungoides mit ganz verschiedenen Krankheitserscheinungen, von J. H. SEQUEIRA. In dem einen Falle handelte es sich um einen solitären, 5 × 8 cm groſsen und etwa 2 cm hoch hervorstehenden Tumor auf dem Rücken, bei dem anderen um multiple, über den ganzen Körper verteilte Geschwülste. Bei beiden hat die vor kurzem begonnene Behandlung mit Röntgenstrahlen schon einige Besserung gebracht.

Bd. III, Nr. 4.

Sitzung vom 20. Januar 1910.

Ein Fall von Mykosis fungoides, von B. S. ABRAHAM. Der 50jährige Patient war vor 25 Jahren syphilitisch infiziert und gibt jetzt noch eine positive WASSERMANNsche Reaktion. Die ersten Erscheinungen der Mykosis traten vor 14 Monaten hervor. Die histologischen Verhältnisse der bestehenden Geschwülste wurden als von denen der Spätsyphilide in mancherlei Hinsicht verschieden demonstriert.

Fall von VIDALschem Lichen simplex chronicus, von H. G. ADAMSON. Die Affektion hat bei dem 24jährigen Dienstmädchen schon acht Jahre bestanden.

Multiple Keloide mit „neurotischen Exkoriationen" von COLCOTT FOXschem „ausgestanztem" Typus, von H. G. ADAMSON.

Fall von Onychia sicca syphilitica, von H. G. ADAMSON. Die pathologischen Veränderungen sind analog denjenigen bei Psoriasis, Trichophytie und Ekzem; da sie aber im Verlauf einer präzisen syphilitischen Infektion hervortreten, erscheint die Diagnose begründet.

Lichen planus bei einer Diabetikerin, von J. GALLOWAY und A. W. WILLIAMS. Die 61jährige Patientin hatte längere Zeit an Diabetes gelitten, als die Hautaffektion sich einstellte. Der zeitweilig sehr ernste Zustand hat sich unter Behandlung mit Liquor hydrargyri perchlorid (gutt XX. ter die) und Salicyl usw. wesentlich gebessert.

Zwei Fälle von Urticaria, von G. W. DAWSON.

Ein Fall von Ulcus rodens, von G. W. DAWSON.

Sklerodermie vom universellen Typus, von E. G. G. LITTLE. Die Erkrankung war eingeleitet durch fortwährendes Erbrechen und Übelkeit, was vielleicht als Stütze für die LEREDDEsche Ansicht, daſs es sich hierbei um eine Toxämie handelt, gelten kann.

Sklerodermie in der circumskripten Form mit ungewöhnlich zahlreichen Läsionen, von E. G. G. LITTLE.

Fall von RECKLINGHAUSENscher Krankheit, von E. G. G. LITTLE. Der 20jährige Patient zeigt geringe Intelligenz. Die bisherigen Versuche mit Injektion von Fibrolysin haben keinen nennenswerten Erfolg erzielt.

Fall von syphilitischem Erythema nodosum, von J. E. R. MCDONAGH.

Primärsyphilid der Zunge, von J. E. R. MCDONAGH und C. POTTER.

Lupus vulgaris mit nicht ulcerierenden Tuberkuliden im Gefolge, von J. H. SEQUEIRA. Im Anschluſs an einen alten Lupus faciei entwickelten sich bei dem 20jährigen Patienten an der Stirn und dem Nacken binnen Monatsfrist etwa 30 bis 40 halbkugelige Papeln von 2 mm Durchmesser und violettbrauner Farbe. Einige sind spontan wieder vergangen; während der achtmonatigen Beobachtung ist keinerlei Ulceration an den Läsionen konstatiert worden.

Fall von chronischer Tuberculosis cutis, von J. H. STOWERS. Die Affektion entwickelte sich im Anschluſs an eine kleine Hautabschürfung an der Hand und besteht bereits seit zehn Jahren.

Electro-therapeutical Section.

Sitzung vom 21. Januar 1910.

Die therapeutische Verwendung von statischer Elektrizität, von J. A. VOORTHUIS-Holland. Nach dem Vorgang von SUCHIER-Freiburg hat V. verschiedene Affektionen mit der durch eine gröfsere Influenzmaschine erzeugten Elektrizität behandelt. Bei Lupus vulgaris wird nach gründlichem Curettement das ganze Krankheitsgebiet der Einwirkung der Funken ausgesetzt. Die positive Elektrode wird der Wundfläche auf ca. 1 mm Entfernung genähert und die Entladung während fünf bis zehn Minuten fortgesetzt, bis die ganze Stelle mit einer dunkelbraunen trockenen Kruste bedeckt ist. Nach einigen Wochen löst sich diese ab und hinterläfst eine glatte, anfangs noch etwas gerötete Narbe. Die Methode hat sich auch bei Skrophulodermie sehr bewährt. Aufser dem statischen Funken wird die violette statische Flamme verwendet. Dieselbe hat bei chronischem Ekzem gute Dienste geleistet. Bei einem Falle von mehrjähriger Dauer genügten vier Sitzungen, um eine vollständige Heilung zu erzielen. Der Apparat kann auch zur Erzeugung von Röntgenstrahlen verwendet werden, wobei er den Vorteil einer sehr hohen Spannung bei geringer Ampèrage bietet.

Epidemiological Section.

Sitzung vom 28. Januar 1910.

Zur Bekämpfung der Scarlatina, von F. G. CROOKSHANK-Mortlake. Nach den Erfahrungen C.s, welche sich auf einen Zeitraum von 15 Jahren erstrecken, erzielt man unzweifelhaft günstige Resultate in bezug auf die Verminderung der Scharlacherkrankungen in einem gegebenen Bezirk durch die sofortige Überführung aller neu entstehenden Krankheitsfälle in ein Isolierungshospital. In seinem Verwaltungsbezirk, der im Jahre 1896 etwa 16000 Einwohner zählte und jetzt fast die doppelte Zahl umfafst, ist die Erkrankungsziffer von 3,5 pro 1000 Einwohner auf 1,6‰ allmählich zurückgegangen. Dabei hält Redner es nicht für nötig, im Krankenhaus eine strenge Scheidung der verschiedenen Infektionskrankheiten nach Sälen oder Baracken durchzuführen, wenn nur jeder Patient im Krankensaal bettweise möglichst isoliert wird und eine Asepsis etwa wie bei chirurgischen Patienten durchgeführt wird. Vor allem sollen die Betten genügend weit voneinander entfernt stehen; alle Gebrauchsgegenstände sind ausschliefslich für den betreffenden Kranken vorgesehen, und das Pflegepersonal ist auf sorgfältige Desinfektion der Hände, Kleidung usw. eingeübt. Über das Wesen des Scharlachvirus als solches bemerkte C., dafs dasselbe grofsen Schwankungen unterliegt; er glaubt, dafs bei der Übertragung der Infektion von einem neu entstandenen Falle (beim Einsetzen einer Epidemie) zunächst eine Steigerung der Virulenz an den der Übertragung zuerst erliegenden Individuen sich geltend macht, bei weiterer Übertragung dagegen allmählich eine Abschwächung des Giftstoffes eintritt. Das Erlöschen einer Epidemie wäre also durch die allmählich bewirkte Erschöpfung der Virulenz der Krankheitskeime bei fortgesetzter Übertragung von einem Individuum zum anderen zu erklären. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band 14, Nr. 2.

1. **Behandlung der Lippen- und Mundepitheliome,** von GEORGE E. PFAHLER-Philadelphia. Empfehlung der Röntgenbestrahlung.

2. **Urethritis blennorrhoica posterior,** von GEORGE A. HOLIDAY-Pittsburg. Nichts Neues.

3. **Beobachtungen bei Anwendung von Bakterienimpfungen bei Blennorrhoe,** von Alfred J. Buka-Pittsburg. Zehn Krankheitsberichte. Die Gonokokken- und Streptokokken-Vaccineinjektionen bewährten sich besonders bei Epididymitis, Bartholinitis und Arthritis blennorrhoica, indem sie die Heilung beschleunigten.

4. **Tuberkulose der Harn- und Geschlechtsorgane,** von Abraham L. Wolbarst-New York. Klinische Studie.

5. **Blattern,** von Wallace C. Abbott-Chicago. Bericht von einer Pockenepidemie in der amerikanischen Mission in Syrien. Vortreffliche Dienste leistete die innerliche Einnahme von Calcium sulfuricum. *Schourp-Danzig.*

Folia urologica.

Band IV, Nr. 8. Februar 1910.

1. **Beiträge zur Kenntnis der infolge bilateraler Epididymitis auftretenden Sterilität,** von Aladár Emödi-Budapest. In 13 Fällen von doppelseitiger Nebenhodenerkrankung bei Blennorrhoe, die nach anamnestischer Angabe nur antiphlogistisch behandelt worden waren, fand sich neunmal Azoospermie, während in vier Fällen lebende Spermafäden festgestellt werden konnten. In der Literatur ist der durchschnittliche Prozentsatz von Sterilität nach bilateraler Epididymitis etwa 75—80%. Verfasser hat nun in einer Reihe von Fällen, die mit dem, den Verlauf einer blennorrhoischen Epididymitis im allgemeinen beschleunigenden Bierschen Verfahren behandelt worden waren, Nachuntersuchungen betreffend konsekutiver Sterilität angestellt. Azoospermie verblieb in 9 Fällen von 27. Dabei war zu konstatieren, daſs die Stauung auf abgelaufene Entzündungen älteren Datums einen verhältnismäſsig viel geringeren Einfluſs ausübte, als in noch nicht lange erkrankten Hoden. Darum soll mit der Stauung möglichst früh nach Ablauf der akuten Erscheinungen angefangen werden; womöglich schon zu einer Zeit, wo die Umgestaltung der rundzelligen Infiltrate zu fibrösem Bindegewebe noch nicht erfolgt ist und wo die Stauung ihre resorbierende und vaskularisierende Wirkung noch zur Geltung zu bringen vermag.

2. **Zur Anatomie des retroperitonealen Bindegewebes und zur Frage der retroperitonealen Eiterungen (Paracolitis, Paranephritis, Retroperitonitis),** von Heinrich Stromberg-St. Petersburg. (Schluſs aus Nr. 7.) Eingehende Monographie von rein anatomischem bzw. chirurgischem Interesse.

3. **Blennorrhoische Membran- und Faltenbildungen,** von Paul Asch-Straſsburg i. E. Sehr interessante Kasuistik: Einem schon früher mitgeteilten Fall von Membranbildung der Harnröhrenschleimhaut im Anschlusse an Blennorrhoe reiht Asch zwei weitere an: In beiden Fällen ergab das durch Abschabung der Membranen gewonnene Material bei Überimpfung auf Menschenblutserumagar charakteristische Gonokokken. In keinem der beiden Fälle lag ein Anhaltspunkt für eine noch bestehende Blennorrhoe vor, in dem einen Falle war der Urin dauernd vollkommen klar und frei von Fäden, und doch bestand eine ansteckungsfähige, allerdings nur urethroskopisch nachweisbare blennorrhoische Erkrankung der Harnröhre. Asch betont, wie wichtig, ja, wie unbedingt notwendig die urethroskopische Untersuchung zur Erteilung des Ehekonsenses ist. In drei weiteren, ganz ähnlich liegenden Fällen wurde Falten- bzw. Strangbildung in der Harnröhre mit positivem Gonokokkenbefund nachgewiesen. In einem der Fälle bildete sich eine Falte, die sogar zu Urinstauung führte, genau an derselben Stelle, an der zwei Monate zuvor eine himbeerfarbene samtartige Rötung konstatiert wurde. Asch hat schon früher darauf aufmerksam gemacht, daſs diese eigentümlichen Entzündungsherde für die Anwesenheit von Gonokokken sprechen.

4. **Eine Vorrichtung, mit Hilfe des Cystoskops die Prostata in toto und ihre Teile (Pars prostatica urethrae und den intravesikalen Teil) zu messen,** von S. JACOBY-Berlin. Ein Prostatamesser, dessen Konstruktion am besten aus der Abbildung zu ersehen ist. *W. Lehmann-Stettin.*

Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band VIII, Nr 1.

Die ethischen und gesundheitlichen Beziehungen des Geschlechtslebens, von NEUMANN-Bromberg. N. wünscht, die ethischen und hygienischen Umstände des Geschlechtslebens in den Vordergrund geschoben zu sehen. Denn eine wirksame Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erfordert die Stählung des sexuellen Verantwortungsgefühls der männlichen Jugend nach den beiden Richtungen, der ethischen und der gesundheitlichen. *Schourp-Danzig.*

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band X, Heft 9.

Die Prostitutionsfrage in New York, von FREDERIC BIERHOFF. V. (Fortsetzung.) Weitere Schilderung von Bordellen besseren und schlechteren Grades, von „Massage- und Manikure"-Salons, die unter diesem Aushängeschild der Prostitution dienen, und von den „Rainés Law"-Hotels, den Absteigequartieren dar Strafsendirnen.

Schourp-Danzig.

Annales des Maladies vénériennes.

Band V, Heft 1. Januar 1910.

1. **Kolloidtherapie in Syphilis und Dermatologie.** Physikalisch-chemische Eigenschaften der Kolloide. Ihre biologische Rolle. Die Art und Weise ihrer therapeutischen Wirkung, von M. E. JOLTRAIN-Paris. Die umfassende Monographie ist 64 Seiten stark und enthält ein sehr reichhaltiges Literaturverzeichnis; der Inhalt, in der Überschrift angedeutet, eignet sich nicht zu kurzem Referat und mufs von Interessenten im Original nachgelesen werden.

2. **Naso-lacrymale Affektionen bei hereditärer Syphilis,** von A. ANTONELLI. Verfasser macht wiederholt auf ein Stigma hereditärer Syphilis aufmerksam, das er in einer sehr grofsen Anzahl von Fällen beobachtet hat. Es besteht in einer manchmal nur dem tastenden Finger bemerkbaren kleinen Exostose am freien Rand der eigentlichen knöchernen Nase, begleitet von einer mehr oder weniger ausgesprochenen Atrophie des Periosts und der Weichteildecken. Des ferneren weist A. darauf hin, dafs die Dacryocystitis nicht nur sehr häufig anzutreffen ist bei hereditär Syphilitischen, sondern eigentlich immer als ein hereditär-syphilitisches Zeichen anzusprechen ist, mag sie die sogenannten skrophulösen Rhinitiden begleiten oder sich bei ausgesprochenem Lupus vulgaris des Gesichts und der Nase finden. Letzterer soll sich bei hereditär Syphilitischen überhaupt auffällig häufig konstatieren lassen.

Februar 1910.

1. **Gummöse Infiltration des Sehnengewebes,** von PIETRO STANCANELLI-Neapel. Kasuistik. Bei einem 25jährigen Menschen findet sich drei Jahre nach der Infektion eine Reihe gummöser Infiltrate und Ulcerationen am linken Vorderarm, die von dem Sehnengewebe ihren Ausgang genommen. Eingehende histologische Untersuchungen, mit Abbildungen.

2. **Antisyphilitische Behandlung der Aorten-Aneurysmen,** von GAUCHER und PIERRE MERLE. Mitteilung dreier Fälle, in denen die konsequent durchgeführte kombinierte Behandlung nachweisbare Besserung des Leidens und Verkleinerung des Aneurysmas (auch röntgenographisch nachgewiesen) zur Folge gehabt hat.

3. **Hereditär-syphilitisches Gumma des Gaumensegels bei einer Frau von 27 Jahren,** von MAURICE BLOCH. Kasuistik.

März 1910.

1. **Neue Beobachtungen bei der Verwendung von Arsacetin in der Behandlung der Syphilis,** von G. B. DALLA FAVERA-Parma. Einem schon früher mitgeteilten und hier kurz wiederholten Fall von Amaurose nach Arsacetininjektionen fügt F. einen neuen an; in diesem Falle handelte es sich um einen 56jährigen Landstreicher, der dem Potus ergeben war, und nachdem er innerhalb eines Monats 4.2 gm Arsacetin erhalten, einen Symptomenkomplex entwickelte, der auf eine schwere Störung des Zentralnervensystems hinwies (Amaurose, Hörstörungen, Blasenlähmung usw.)

Die gute Einwirkung, die das Arsacetin fraglos auf alle Erscheinungsformen der Syphilis hat, tritt bei tertiären Formen und schlecht heilenden sekundären Ulcerationen auch bei lokaler Anwendung zutage; F. hat es lokal in 10%iger Lösung bzw. als 50%iges Puder gebraucht.

2. **Die fieberhaften Zustände im Gefolge merkurieller Injektionen,** von BERTIN und VANHAECKE-Lille. Die leichten Temperatursteigerungen, verbunden mit mehr oder weniger allgemeinem Unwohlsein des Patienten im Anschluſs an Hg-Injektionen („grippe mercurielle") sind bei genauer Beobachtung auſserordentlich häufig zu konstatieren. Die Verfasser haben nach 305 Injektionen von grauem Öl (bei 75 Kranken, 41 Männern und 34 Frauen) genaue dreistündliche Temperaturmessungen vorgenommen und dabei 274 mal, also in 90% Steigerungen, wenigstens um einige Zehntelgrade gefunden; Steigerungen um mehr als einen Grad waren dagegen verhältnismäſsig selten. Diese im Organismus ausgelöste Reaktion war nicht einem bestimmten Präparat eigen, sondern wurde von den verschiedensten Hg-Präparaten in ähnlicher Weise ausgelöst, von den löslichen Injektionen allerdings weit weniger als von den unlöslichen, wobei indes die jeweilig kleinere Dosis der ersteren zu berücksichtigen ist. Überhaupt war die Höhe der Temperatursteigerung im allgemeinen von der Gröſse der Dosis abhängig; ebenso vom Verhalten der Patienten: geistige und körperliche Ruhe erhöhte sichtlich die Toleranz der Kranken gegen das Hg. Verfasser besprechen sodann die verschiedenen Theorien, die über das Zustandekommen der Temperatursteigerung aufgestellt worden sind, und kommen zu dem Schlusse, daſs das Auftreten von Fieber an die Absorption des Hg durch die Leukocyten gebunden zu sein scheint.

3. **Verkannte Schanker der Mandeln,** von GEORGE PERNET-London. Mitteilung zweier Fälle: im ersten war einer Dame wegen einer „Geschwürsbildung" die rechte Mandel durch Tonsillotomie entfernt worden; zwei Monate später typisches allgemeines Exanthem von makulo-papulösem Charakter. Im zweiten Falle hatte man bei einem Manne von 39 Jahren den Verdacht einer Diphtherie gehabt, Antitoxin injiziert und darauf ein allgemeines Exanthem hervorgerufen, das im weiteren Verlaufe als syphilitisch erkannt wurde. *W. Lehmann-Stettin.*

Bücherbesprechungen.

Die Natur des Radiums. Nach sechs an der Universität zu Glasgow im Jahre 1908 gehaltenen freien populären Experimentalvorlesungen, von FREDERICK SODDY-Glasgow. Übersetzt von G. SIEBERT. Mit 31 Illustrationen. 266 S. 5 Mark. (Leipzig, Johann Ambrosius Barth. 1909.)

Der etwas umgearbeitete Inhalt der sechs Vorlesungen ist auf elf Kapitel verteilt, die eine bewundernswerte Klarheit der Darstellung zeigen, die soweit geht, dafs von den in den Vorlesungen vorgeführten Experimenten in der Beschreibung nichts verloren gegangen ist. Der Übersetzer hat den klaren und dabei einfachen Stil in treffender Weise beizubehalten gewufst. Ob indes die Bezeichnung populäre Vorträge zutrifft, ist bei der Schwierigkeit der abgehandelten Materie und der streng gewahrten Wissenschaftlichkeit mit einem Fragezeichen zu versehen; das Verständnis für die Eigenart der Natur und Eigenschaften des Radiums setzt im allgemeinen ein gewisses Mafs an physikalischen und chemischen Vorkenntnissen voraus. Mit diesen Voraussetzungen aber wird die Lektüre des Buches zu einem wirklichen Genusse.

Der Weg, den die Wissenschaft von der Entdeckung des Radiums bis zur Sicherstellung der als „physikalische Unmöglichkeit" gekennzeichneten Elementumwandlung genommen, ist mit solch klarer Konsequenz geschildert, dafs dem Leser nichts einfacher und natürlicher erscheint als die Entwicklungsreihe vom Uranium über das Radium zum Polonium. Hochinteressant ist die Darstellung der Experimente, die diesen Entwicklungsgang der Elemente bewiesen haben (übrigens teilweise von SODDY selbst stammen, der aufser seinen eigenen grundlegenden Arbeiten an den Resultaten eines RUTHERFORD und Lord RAMSAY erheblichen Anteil gehabt hat).

Man folgt mit gleichem Interesse den experimentellen Ausführungen wie den allgemeinen Ausblicken auf philosophische Hypothesen, soweit sie sich aus den neugewonnenen physikalischen Erkenntnissen ergeben müssen, und darum wird nicht nur, wer mit Radium arbeitet, das Buch mit Befriedigung aus der Hand legen, sondern jeder, der sich mit naturphilosophischen Problemen beschäftigt.

W. Lehmann-Stettin.

Radiumtherapie. Instrumentarium, Technik, Behandlung von Krebsen, Keloiden, Naevi, Lupus, Pruritus, Neurodermitiden, Ekzemen, Verwendung in der Gynäkologie, von LOUIS WICKHAM und DEGRAIS-Paris. Vorwort von ALFRED FOURNIER. Von der Académie de Médecine de Paris. preisgekrönte Arbeit. Autorisierte deutsche Ausgabe von MAX WINKLER-Luzern, mit einer Einführung von J. JADASSOHN-Bern. Mit 72 Textfiguren und 20 mehrfarbigen Tafeln. 267. S. (Julius Springer, Berlin 1910.)

WICKHAM war in der besonders glücklichen Lage, sehr grofse Mengen von Radium in einer neuen, für die medizinische Applikation speziell geeigneten Form zur Verfügung zu haben, hat aber unzweifelhaft das grofse Verdienst, das Studium der biologischen und besonders der therapeutischen Wirkungen des Radiums in systematischer Weise aufgenommen und in kurzer Zeit Fortschritte erzielt zu haben, die die bisher gewonnenen Ergebnisse weit übertreffen. Die umfangreichen Erfahrungen vierjähriger Tätigkeit sind in diesem ersten zusammenfassenden Buch über die Radiumtherapie niedergelegt. Es handelt sich hier, wie JADASSOHN in seiner Einführung sagt, um ein „Standard work, von dem jeder, der für physikalische Therapie im allgemeinen Interesse hat, Kenntnis nehmen mufs".

Die Verfasser haben sich in ihrer Thätigkeit stets bemüht, das zur therapeutischen Verwendung kommende Radium in ebenso intensiver wie gleichmäſsiger Weise auszunutzen und die je nach der angewendeten Technik zur Verwertung gelangende Radioaktivität — Emanation und Strahlenwirkung — in wissenschaftlicher Weise zu messen und zu dosieren. Die Technik und die Methoden der Applikation sind ausführlich wiedergegeben. Den Hauptteil des Buches nehmen indeſs die Krankengeschichten der behandelten Fälle ein, die in ihrer Vielseitigkeit und Reichhaltigkeit eine Fundgrube für jeden, der sich mit der Radiumtherapie beschäftigt, bilden. Die teilweise glänzenden Resultate bei den verschiedensten (in der Überschrift genannten) Affektionen lassen nur immer wieder das Bedauern aufkommen, daſs es so auſserordentlich wenig Radium gibt, und das vorhandene Quantum sich entweder „in festen Händen“ befindet oder eine für den Praktiker unerschwingliche Höhe des Preises erreicht hat. *W. Lehmann-Stettin.*

Klinische Skizzen der physikalischen Therapie. Rationelle Behandlung der chronischen Krankheiten, von J. A. Rivière. (Imprimerie Bouchy & Cie., Paris. 1910.) Der Verfasser gibt in Form eines Lehrbuches eine Übersicht über die zurzeit in Frankreich üblichen Methoden der physikalischen Therapie. Besondere Berücksichtigung haben die elektrischen Verfahren und unter diesen hauptsächlich die Hochfrequenzströme erfahren. Der Verfasser beschreibt eine Fülle von neuen und nach eigenen Angaben modifizierten Apparaten aus dem ganzen Gebiete der physikalischen Therapie. *Gunsett-Straſsburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

c. *Hoden und Samenbläschen.*

Neue und beste Methode für den Nachweis der Spermatozoen, von Angelo de Dominicis. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 24.) Gleich vor der Untersuchung bereitet man eine Auflösung von Eosin (1 cg) in reinem Ammoniak (6 ccm). Nachdem man einen Tropfen dieser Auflösung auf den Objektträger gelegt, wird ein einziger Faden des befleckten Gewebes 2 mm tief hineingetaucht und dann einige Male durch die Flamme gezogen; nachher wird der Faden auf einem schwarzen Grunde mit zwei Nadeln sorgfältig zerfasert. Dann Deckglas, wieder über die Flamme halten, bis die im Präparat befindliche Flüssigkeit zur Hälfte verdampft ist; darauf füllt man den leeren Raum mit reinem, farblosen Ammoniak.

Das Präparat ist aufhebbar, wenn die Ränder des Deckglases durch kieselsaures Kaliumsalz gut geschützt sind.

Stark gefärbte Köpfe von Spermatozoen heben sich zahlreich hervor; es ist möglich, sogar Schwänze nachzuweisen. *Arthur Schucht-Danzig.*

Neue Methoden zum Nachweis der Spermatozoen in Zeugflecken, von Brunetto Baecchi-Modena. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 25.) B.s neue Methode zum Nachweis der Spermatozoen in Zeugflecken ist sehr einfach und schnell auszuführen und läſst die Spermatozoen sowohl bei frischen wie bei alten Samenflecken in Geweben aus Leinwand oder Baumwolle, Wolle oder Hanf ungemein deutlich hervortreten. Das Verfahren besteht aus folgendem: 1. Färbung eines Fadens des

verdächtigen Gewebes in konzentrierter wässriger Lösung von salzsaurem Fuchsin 15—30 Sekunden lang; 2. Entfärbung des Fadens in salzsaurem Alkohol (100 ccm 70 %igen Alkohols mit 1 ccm Salzsäure versetzt) 10—30 Sekunden lang, bis der Faden blaſsrosa geworden ist; 3. Passage durch absoluten Alkohol 15—20 Sekunden lang; 4. Auffaserung auf einem Objektträger in einem Tropfen Xylol (bei dünnen Stoffen kann die Zerfaserung unterbleiben und der Faden im ganzen untersucht werden). Bei schwacher Vergröſserung erscheinen die Köpfe der Spermatozoen auf den durchsichtigen, farblosen oder ganz leicht rosa gefärbten Gewebsfasern als dunkelrote kleine Punkte, bei stärkerer Vergröſserung werden auch die nicht so intensiv gefärbten Schwänze sichtbar. — Weniger gute, aber doch sehr brauchbare Präparate ergibt folgende Methylenblaufärbung: 1. Färbung des Fadens in konzentrierter wäſsriger Methylenblaulösung 10—20 Sekunden lang; 2. Entfärbung in 70 %igem Alkohol, bis der Faden hell bläulich-grün geworden ist; 3. Passage durch salzsauren Alkohol 1—2 Sekunden lang; 4. Entwässerung in absolutem Alkohol; 5. Zerfasern und Einbetten in Xylol. — Die elegantesten Präparate erhält man durch Doppelfärbung in folgender Weise: 1. Färben mit saurem Fuchsin und Entfärben in salzsaurem Alkohol wie bei der Fuchsinfärbung; 2. Abwaschen in 70 %igem Alkohol; 3. Färben mit Methylenblau und Entfärben wie bei der Methylenblaufärbung; 4. Auffasern in Xylol und Einbetten.

Götz-München.

Heilung uro-genitaler Erkrankungen durch Inzision der Samenbläschen, von Eugene Fuller-New York. (*Med. Record.* 30. Okt. 1909.) Seit acht Jahren hat F. in verschiedenen Publikationen die Beteiligung der Samenbläschen bei verschiedenen Erkrankungen des Urogenitalsystems sowohl wie beim sog. blennorrhoischen Rheumatismus und einer Reihe nervöser Leiden auf sexueller Grundlage hervorgehoben und die Inzision der Samenbläschen als wirksamen therapeutischen Eingriff betont. Im vorliegenden Artikel gibt F. eine detaillierte Schilderung der Art seines Vorgehens bei seinem chirurgischen Eingriff und einen Bericht über 126 Fälle, bei denen die Operation ohne irgendwelche nachteiligen Folgen vorgenommen worden ist.

W. Lehmann-Stettin.

Samenbläschen als Virusträger, von Rudolf Hendrik Johan Gallandat Huet. (*Centralbl. f. Bakter.* Bd. 52, Heft 4.) Die umfangreiche Arbeit, welche aus dem Reichsseruminstitut in Rotterdam unter Poels' Direktion stammt, hat mehr tierärztliches Interesse und seien daher nur die Schluſsergebnisse in Kurzem angeführt: 1. In den Samenblasen gesunder Tiere können Mikroorganismen vorkommen; 2. im Sekret der Samenblasen von Tieren, welche an einer akuten Septikämie gestorben sind, kommen die spezifischen Mikroorganismen vor; 3. das Vorkommen von Infektionsstoffträgern, welche die Krankheit beim Begattungsakt übertragen, hat sich als sicher erwiesen (Rotlauf-, Pleuropneumoniebazillen); 4. bei experimentell erzeugten Infektionskrankheiten bei kleinen Tieren (Kaninchen, Mäusen) kann sich das Virus noch in den Samenblasen aufhalten, wenn es in der Blutbahn und in den parenchymatösen Organen nicht mehr nachgewiesen werden kann. *Stern-München.*

d. *Prostata.*

Zur Anatomie der Prostata (Sphincter spermaticus), von M. Porosz-Budapest. (XVI. Internat. med. Kongreſs zu Budapest, 1909.) Excerpt: „Mehrere physiologische und klinische Erscheinungen deuten darauf hin, daſs der Inhalt der Samenblasen durch eine Schlieſsvorrichtung zurückgehalten wird, um nicht in Verlust zu geraten. Die Schlieſsvorrichtung wurde von mir gesucht und auch gefunden. Sie liegt in der Gegend des Colliculus seminalis, wo der Ductus in der Richtung seines Laufes eine Krümmung (Biegung) von der parallelen Richtung gegen die Harnröhre auf dem senk-

rechten Lauf nimmt. Hier hat das Lumen der Ductus ein 8-er förmig geordneten Muskelring, welcher durch einen beide Öffnungen zusammenfassenden gröfseren Ring umfafst wird (8). Die zwei Muskelringe der Ductus stehen miteinander und mit dem gemeinsamen Ring in enger Verbindung. Sie haben Ausläufer, welche in der Muskulatur der Prostata verlaufen, an den Parallelschnitten zu sehen. Daraus ist ersichtlich, dafs dieser Schliefsmuskel, welcher von mir Sphincter spermaticus genannt wird, kein alleinstehender Apparat ist. Er ist in der Länge der Biegung der Ductus wie ein Band breit und funktioniert mit der Muskulatur der Prostata zusammen. Der Colliculus seminalis ist kein Corpus cavernosum, wie das beschrieben wurde, sondern ein sezernierendes, drüsenartiges Organ." *Arthur Schucht-Danzig.*

Über Prognose und Behandlung gewisser Prostataerkrankungen, von F. W. Robbins-Detroit. (*Therap. Gazette.* Juli 1909.) Tuberkulose der Prostata ist nach R. doch häufiger als im allgemeinen angenommen: die Prostata wird nur nicht häufig genug untersucht, sowohl bei persistierenden Beschwerden nach blennorrhoischer Epididymitis wie auch bei vielen Fällen von sog. nicht-spezifischer Urethritis; jedenfalls ist sie stets miterkrankt bei jeder genitalen Tuberkulose, und zwar meist als primärer Focus. R. ist gegen operatives Eingreifen und spricht sich neben lokalen Instillationen besonders für Guajakol innerlich aus.

Chronische entzündliche Prostatitis ist oft die Ursache vorzeitiger Prostatahypertrophie: in solchen Fällen sollte aber neben der regelmäfsigen Massage die Regelung von Diät und körperlicher Gymnastik nicht vergessen werden.

Bei der Behandlung der akuten Prostatitis sowohl wie bei der Massage der Prostata als Sitz und Ursache chronischer Blennorrhoe dürfen die Samenbläschen nicht aufser acht gelassen werden, da die Miterkrankung derselben R. häufiger erscheint, als im allgemeinen beschrieben.

Die Entfernung der hypertrophischen Prostata sollte nur unter Berücksichtigung aller dabei in Frage kommenden Faktoren vorgenommen werden. R. hat in fast 20% der Fälle, die für Operation in Frage kamen, Carcinom der Prostata gefunden.

W. Lehmann-Stettin.

Über die von der Prostata verursachten Pollutionen, Spermatorrhoe und Impotenz, von M. Porosz-Budapest. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 51.) Nach Prostatitiden ist häufig ein Auftreten von Spermatorrhoe, Pollutionen und der Impotenz mit Ejaculatio praecox, welche mit mangelhafter Erektion verbunden sein kann, beobachtet worden. Derselbe Symptomenkomplex kann auch nach Onanie, Excefs in Venere, Abstinenz und Coitus interruptus vorkommen. Die Spermatorrhoe wird durch Atonie der Ductus erklärt und die Pollution für zentral verursacht gehalten. Die Ejaculatio praecox ist ein Zeichen der sexuellen Neurasthenie; ich halte diesen Symptomenkomplex, welchen Ursprunges er auch sei, durch die Atonie der Prostata bedingt. In solchen Fällen ist neben der Pollution immer eine Defäkationsspermatorrhoe zu finden. Oft weifs der Patient nichts davon, doch wenn wir nach der Defäkation den Urin sogleich auffangen, sind Spermatozoen zu finden. Wenn die Pollution zentralen Ursprunges ist, geht sie mit Spermatorrhoe nicht einher, und über Ejaculatio praecox wird auch nicht geklagt. Wenn die Atonie der Prostata nach meinem Verfahren (siehe „Sexuelle Wahrheiten", Verlag von Malende, Leipzig) mit dem faradischen Strom behandelt wird, bessern sich zugleich sukzessiv sämtliche Symptome. Die Spermatorrhoe bleibt aus, die Pollutionen werden seltener, die Ejakulation tritt später ein, bis alles in Ordnung kommt. (Autoreferat.)

Prostataabscefs; intraurethrale Entleerung; Heilung, von Pedro Cifuentes. (*Rev. clin. de Madrid.* 1909. Nr. 11.) Der Artikel enthält nichts Neues.

Gunsett-Strafsburg.

Cyste der Prostata, von N. H. Mikhailoff - St. Petersburg. (*Med. Record.* 16. Jan. 1909.) M. hat sieben Fälle beobachtet und berichtet einen ausführlich, bei dem die Cyste in der Gegend des Colliculus seminalis lag und durch das Endoskop entfernt werden konnte; es handelte sich um einen 26jährigen Russen, der über sehr schmerzhafte Pollutionen klagte. Nach Entfernung der anscheinend rein mechanisch wirkenden Ursache verschwanden die Beschwerden. *W. Lehmann-Stettin.*

Konkremente in der Prostata, von J. L. Thomas-Cardiff. (*Lancet.* 22. Mai 1909.) Zur Entfernung von Konkrementen der Prostata empfiehlt Verfasser das von ihm für die Prostatektomie bewährt gefundene Verfahren der Eröffnung der Blase durch den hohen Steinschnitt und des Anlegens einer Gegenöffnung vom Perineum aus. Für die Prostatektomie erstreckt sich diese Gegenöffnung nur auf die Basis der Drüse, und die Harnröhre bleibt dabei intakt; zur Entfernung von Prostatasteinen wird der Schnitt durch die Pars membranacea der Harnröhre hindurch geführt, was relativ sehr leicht und ungefährlich bei Rückenlage des Kranken zu bewerkstelligen ist. Verfasser berichtet über drei Fälle, die auf diese Weise sehr befriedigend behandelt wurden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Radiologie der endogenen Prostatakonkremente, von G. Forssell-Stockholm. (Verhandl. Dtsch. Röntgen-Ges., V. Kongreſs.) Prostatakonkremente, normale als auch pathologische, sind viel gewöhnlicher als bisher angenommen wurde; sie sind röntgenologisch sicher nachzuweisen und in der Regel von anderen Konkrementbildungen innerhalb des Beckens wegen ihrer sehr charakteristischen Lage, Anordnung, Form und Dichtigkeit zu unterscheiden. *W. Lehmann-Stettin.*

Über die Röntgenologie der endogenen Prostatakonkremente, von G. Forssell-Stockholm. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 23.) Teils an der Leiche, teils an Lebenden hat F. gezeigt, daſs es sehr wohl gelingt, bei geeigneter Lagerung (Vermeidung des Symphysenschattens) und sonstiger geeigneter Technik Verkalkungen und Corpora amylacea in der Prostata röntgenologisch zu entdecken. Die Schatten erscheinen teils als Gruppen von einzelnen stecknadelknopf- bis hanfkorngroſsen Flecken, teils als Konglomerate zu beiden Seiten der letzten Rückenwirbelknochen. Erstere Form fand sich bei etwa 10% der untersuchten Fälle. Wegen der möglichen Verwechslung mit Blasensteinen verdient dieses Verhalten noch besonders Beachtung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Prostatacarcinom, von Dean Lorke-Ann Arbor. (*Journ. amer. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 4.) Die ersten Erscheinungen des Prostatakrebses sind identisch mit denen der senilen Prostatahypertrophie. Die Differentialdiagnose hängt ab von der mikroskopischen Untersuchung. Das Prostatacarcinom kommt häufiger vor als aus den Statistiken der Kliniker ersichtlich ist. L. fand unter 20 Fällen von Prostatahypertrophie fünf Prostatacarcinome. *Schourp-Danzig.*

Ätiologie der Prostatahypertrophie, von Alfred Rothschild-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 25 und 27.) Es handelt sich bei der Prostatahypertrophie einerseits um chronisch-entzündliche Herde um die Drüsenausführungsgänge in der Prostata, die durch diese Herde eingeengt oder ganz strikturiert werden, und andererseits um die Wirkung dieser Verengerung oder Verschlieſsung der Abfluſsgänge der Drüse, um Retentionserscheinungen in den dazu gehörigen, stromaufwärts gelegenen, katarrhalischen Drüsenbezirken, um deren Dilatation und eventuelle cystische Degeneration, ein Vorgang, ähnlich wie bei anderen glandulären Retentionsbildungen, Grützbeutel, Hydronephrosen usw.

Die Prostatitis, welche hier eine Rolle spielt, kann klinisch latent bleiben. Histologisch finden sich Rundzellenherde an und um die Drüsengänge und im Interstitium; als weiteres Stadium chronisch produktive Bindegewebsprozesse.

Casper bestreitet den Zusammenhang von Prostatahypertrophie und Blennorrhoe. Zwischen der Striktur, der häufigsten Nachkrankheit der Blennorrhoe, und Prostatahypertrophie bestehe sogar ein gewisser Antagonismus. Dann komme sie bei Leuten vor, die sicher nie Blennorrhoe gehabt haben. Drittens müfsten sich, wenn die Prostatitis im Übergang zur Prostatahypertrophie führte, klinisch die Symptome der Prostatitis mit denen der Prostatahypertrophie decken, was nicht der Fall ist.

Bindegewebsvermehrung in diffuser Form, ähnlich wie sie Rothschild beschrieb, fand Casper selten, sondern zwei Gruppen: Hypertrophia prostatae fibromyomatosa nodosa (circumskripte Masse von Fibromyomen) und seltener die Adenome.

Mankiewitz erscheint die Deutung der vorgeführten Bilder durch Rothschild in zwei Punkten nicht berechtigt: Erstens tritt bei chronischer Entzündung u. a. keine Hypertrophie, sondern eine Atrophie ein, zweitens hat die hypertrophische Prostata eine verminderte Sekretabsonderung, wie es eben bei pathologisch veränderten und vergröfserten Drüsen der Fall ist.

Ludwig Manasse hebt hervor, dafs, wenn Rothschilds Ansicht richtig wäre, man gerade im subepithelialen Bindegewebe und in den Papillen, wo sicher junges neugebildetes Bindegewebe sei, irgendwo Rundzelleninfiltration finden müsse, was nicht der Fall sei.

Rothschild bleibt dabei, dafs die Prostatahypertrophie nichts weiter sei als eine Retentionserscheinung in einer chronisch-entzündlich veränderten Prostata. Die sog. Atrophie der Prostata bei Harnröhrenstriktur sei noch nicht histologisch untersucht. Er bestreitet den myomatösen Charakter des hypertrophierten Gewebes. Rindfleisch betone, man dürfe die Spindelzellen in diesen Bildungen nicht als Muskelzellen bezeichnen. In der Erklärung der Hypertrophie als adenomatöse Wucherung finde er keine Deutung der festen, harten Knoten.

Als Therapie empfiehlt er Massagekur drei bis vier Wochen alle Halbjahre.

Arthur Schucht-Danzig.

Zur Diagnose und Behandlung der Prostatahypertrophie, von P. Wulff-Hamburg. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 41.) Schilderung des Ganges der Diagnose und der Behandlung der Prostatahypertrophie. Die Abhandlung bringt zwar nichts Neues, enthält aber eine Fülle interessanter und für den Praktiker sehr lehrreicher Bemerkungen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die aktive Hyperämie, eine neue Behandlungsmethode der Prostatitis mit ihren Adnexerkrankungen, von J. Gschwend-Genf. (*Med. Blätter.* 1909. Nr. 23—26.) Biotherm nennt Verfasser einen von ihm konstruierten Apparat, der, ähnlich dem Arzberger, aber weniger voluminös, in das Rektum eingeführt wird und elektrisch auf 40—50° C erwärmt, 10—15 Minuten appliziert wird. Er zieht diese Behandlung sowohl den Kaltwasserapplikationen wie der wechselthermischen Behandlung und Massage vor, da die Erzeugung aktiver Hyperämie dabei konstanter und allgemeiner ist, und behandelt auf diesem Wege nicht nur die leichteren und schwereren Formen der chronischen Prostatitis, sondern auch die davon ausgehenden lokalen und allgemeinen Neurosen, von denen er weit mehr auf genitale Störungen beziehen möchte als das sonst geschieht. *W. Lehmann-Stettin.*

Warum ist die faradische Behandlung der Prostatitis der Massage überlegen? von M. Porosz-Budapest. (*Gyógyászat.* 1909. Nr. 22.) Mit dem faradischen Strome wird die Prostatitis aktiv entleert, mit der Massage passiv ausgeprefst. Der faradische Strom enthält die Aktionsfähigkeit der Prostatamuskeln. Durch die ausgelösten Zusammenziehungen der Muskulatur wird die Blut- und Saftzirkulation der Gewebe gefördert. Im Gegensatze zur Massage kann Faradisation in akuten, subakuten und chronischen Fällen ohne jeden Schaden angewendet werden. Sie ruft

keine Exacerbation und keine Abscesse hervor, wie die Massage. Das Auspressen des Sekrets wird mit Sicherheit in normale Bahnen gelenkt, ohne Quetschungen und Risse der Retentionscysten durchgeführt. Die Prostata ist gegen die Gefahr der Atonie geschützt. Nach der unrichtigen Massage sah ich Atonie auftreten. In hartnäckigen Infiltrationsprostatitisfällen kann mittels des vom Verfasser konstruierten Elektropsychrophor mit einer 40—50° C warmen Wasserzirkulation auch Wärme appliziert werden, und zwar mit dem Faradisieren zugleich. Die faradische Behandlung der Prostata proponierte Verfasser auf dem Moskauer Kongreß als erster und war seit 15 Jahren mit ihr zufrieden. (Autoreferat.)

Prostatamassage, von A. Inselt-Budapest. (*Gyógyászat*. 1909. Nr. 20.) Verfasser nimmt es übel, daß man „die einfache Blennorrhoe" erst dann als geheilt betrachtet, wenn auch die Prostata massiert worden ist. Seines Erachtens kann die mit dem Finger vorgenommene Untersuchung eine geringfügigere Entzündung gar nicht feststellen und wenn die Prostata größer ist, ist es immer noch die Frage, ob dies nicht die Folge einer älteren abgelaufenen Entzündung sei. Überdies hält er die Klage über Schmerzen für die Prostatitisdiagnose nicht als ausschlaggebend. Trotz alledem ist seines Erachtens zur Behandlung jener Zeitpunkt am geeignetsten, wenn der Patient bei starkem Drucke über Schmerzhaftigkeit klagt. (I. spricht aber nicht davon, daß das Vorhandensein von Eiter im Prostatasekret das wichtigste diagnostische Zeichen ist. Alles Übrige ist Nebensache. Ref.) Übrigens darf man mit dem Finger nur auf Grund der von ihm erwähnten „strengen Indikation" 1—1½ Minuten, aber nicht fünf Minuten, massieren. *Porosz-Budapest.*

Die speziellen Vorzüge der Katheterbehandlung und des Operierens bei Prostatahypertrophie, von H. T. Herring-London. (*Brit. med. Journ.* 17. Juli 1909.) Gegenüber den teilweise brillanten Resultaten der Prostatektomie führt H. hier einige (neun) in wenigen Monaten ihm bekannt gewordene Fälle an, bei denen der spätere Verlauf in der einen oder anderen Beziehung unbefriedigend war. Er will die Operation reserviert wissen für Fälle, bei denen tatsächlich die Beschwerden von der Prostata (nicht z. B. von einem versteckt liegenden Blasenstein) allein herrühren, und wenn eine richtig durchgeführte Katheterbehandlung sich als unzureichend erwiesen hat; ferner wenn der Patient relativ jung ist, wenn aus äußeren Gründen vielleicht das Katheterisieren nicht regelrecht durchgeführt werden kann, bei wiederholten Blutungen und bei besonders hochgradiger Vergrößerung. Bei einer Serie von 20 hier mitgeteilten Fällen genügte der Katheter in den Händen des Patienten durchaus; zwei Patienten konnten nach einiger Zeit wieder vollständig spontan urinieren, zwölf entleeren den Urin teils spontan, teils durch den Katheter, und sechs haben für jede Urinentleerung den Katheter nötig. Der älteste unter diesen Patienten ist 96 (!) Jahre alt und hat seit 40 Jahren sich des Instruments zu seiner Zufriedenheit bedient. Verfasser betont die Notwendigkeit, den Katheter sowie auch das Gleitmittel durch Kochen zu sterilisieren und auch sonst streng aseptisch zu verfahren.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Indikationen zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie, von v. Engelmann-Riga. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 20.) In den letzten vier Jahren operierte v. E. von 244 Prostatikern 87, und zwar nur bei chronischer, kompletter oder inkompletter Retention. 44 wurden nach Bottini operiert; von diesen wurden 30 ganz geheilt, sieben sehr gebessert, zwei ungebessert; drei starben. Er stimmt den Freudenbergschen Gesichtspunkten bei:

1. Spricht für die Bottinische Operation, daß die Patienten sich leichter dazu entschließen. Die Potenz bleibt erhalten.

2. Sie ist unter Lokalanästhesie ausführbar und bedeutet einen geringeren Eingriff als die Prostatektomie.

3. Besonders ist sie bei kleiner Prostata, wo der hypertrophierte Mittellappen in Form einer Barriere das Miktionshindernis bildet, zu empfehlen.

Die Prostatektomie erfordert dagegen weniger Übung. Sie ist indiziert bei kugelförmigem oder gestielten Mittellappen und sehr stark in die Blase entwickelter Hypertrophie, ferner, wo es nicht gelingt, sich durch Cystoskopie über die Verhältnisse in der Blase zu informieren. Bei schwerer Infektion bietet sie durch die Möglichkeit der Drainage bessere Chancen, ebenso ist sie bei Verdacht auf maligne Neubildung und bei Vorhandensein von Konkrementen indiziert. *Arthur Schucht-Danzig.*

Warum soll man bei Prostatahypertrophie operieren, von P. J. Freyer-London. (*Lancet.* 1. Mai 1909.) Verfasser hat bisher schon 600 Fälle von Totalenukleation der Vorsteherdrüse ausgeführt mit einer Mortalität von nur vier Fällen unter der letzten Serie von 100 Operationen. Er schildert einige besonders glänzende Resultate im Detail mit Abbildungen. Die Indikationen zur Vornahme der Operation mufs man aus verschiedenen Faktoren entnehmen: man warte nicht so lange, bis eine gutartige, ödematöse Geschwulst carcinomatös entartet, oder bis septische Zustände der Blase auf die Nieren sich überpflanzen, oder die anfangs freibewegliche Schwellung mit der Umgebung verwächst, operiere vielmehr, sobald die Katheterbehandlung irgendwelche Unzuträglichkeiten bedingt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Nierenfunktion und Prostatektomie, von Rudolf Paschkis-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 20.) P. hat bei einer gröfseren Zahl von Prostatikern Untersuchungen über die Nierenfunktion, hauptsächlich mittels der Indigokarminprobe, angestellt, um zu eruieren, ob sich entsprechend dem Allgemeinzustand der Patienten Veränderungen der Nieren nachweisen lassen, die eine striktere operative Indikationsstellung ermöglichen. Er glaubt, dafs man durch systematisch fortgesetzte Untersuchungen imstande sein wird, eventuell zur Prostatektomie ungeeignete Fälle auszuscheiden. *W. Lehmann-Stettin.*

Untersuchung und Indikationen zur Operation bei Prostatahypertrophie, von Pillet-Rouen. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 21.) Der kurze Artikel enthält nichts Neues. *Götz-München.*

Der augenblickliche Stand der Prostatektomie, von J. B. Squier-New York. (*Med. Record.* 5. Juni 1909.) Erfahrungen, denen 150 eigene Operationen zugrunde liegen. Der Hauptpunkt ist die Erhaltung des Schliefsmuskels („Compressor urethrae“), und dies ist fraglos leichter bei suprapubischem Eingriff als bei perinealem, wenngleich auch hierbei bei geeignetem Vorgehen der Muskel geschont werden kann. Im einzelnen Falle ist die Wahl des Operationsweges von den individuellen Verhältnissen abhängig (suprapubisch bei sehr grofser Prostata oder Komplikation mit Steinen, perineal bei Carcinom, usw.). *W. Lehmann-Stettin.*

Meine Erfahrungen auf dem Gebiete der operativen Behandlung der Prostatahypertrophie, von Remete-Budapest. (*Urologia,* Beibl. vom *Budapesti Orvosi Ujság.* 1909. Nr. 2.) Die Resultate, die Verfasser bei seinen Fällen von verhältnismäfsig geringer Zahl erzielt hat, führten zu folgenden Konklusionen: Eine Operation ist unbedingt und dringend indiziert: a) in jenen Fällen, in denen der Katheterismus schwer durchführbar ist, und die Gefahr einer Infektion — sei es infolge urotoxischer, sei es infolge uroseptischer Einflüsse — dem Patienten konstant droht; b) wenn man den palliativen Katheterismus dem Patienten nicht überlassen kann oder mit einer sehr mangelhaften ärztlichen Hilfe rechnen mufs. In allen anderen Fällen empfiehlt der Verfasser jedem Prostatiker, namentlich jenen jüngeren Alters (50jährigen) und den nicht infizierten eine Operation. Wenn die Patienten schon im Prinzip in die

Operation eingewilligt haben, oder wenn sie sogar eine radikale Heilung fordern, ist die Zeit gekommen, daſs man auf Grund reiflicher Überlegung die Frage beantwortet, welche Operation den Patienten empfohlen werden soll, bezw. welche Operation in dem gegebenen Falle indiziert erscheint. Nach den heutigen Erfahrungen und der heutigen Technik kann nur zwischen zwei Operationen gewählt werden: 1. der Prostatektomie — sei es der transvesikalen, sei es der perinealen —; welche von beiden die entsprechendere ist, bedarf einer neuen eindringlichen Erwägung; 2. der Bottinischen Operation. Ad 1. Die Indikationen ersterer sind folgende: a) die Prostatektomia totalis ist in jenen Fällen am Platze, in denen die an Umfang stark vergröſserte Prostata eine ansehnliche Verschiebung oder Erhöhung des Blasenhalses erzielt, so daſs letzterer nach einer vollständigen oder teilweisen Exstirpation der Prostata wieder in seine gewöhnliche physiologische Lage zurückkommen kann; b) im Falle eines gemäſsigten Lippenlappens kommt ein geübter Urolog, der die Cystoskopie vollkommen beherrscht, sehr oft auch mit der partiellen Prostatektomie zum Ziele. Ad 2. Die Bottinische Operation ist indiziert: a) wenn die sog. Prostatafalte, d. h. die Verdickung und Erhöhung (klappenförmig) der unteren Lippe des Ostium vesicale das einzige physikalisch und physiologisch wichtige Resultat der Prostatahypertrophie ist, die auf dieser Basis die Ursache einer bedeutenden Retention sein kann; b) in den gut gewählten Fällen der Prostatahypertrophie geringeren Grades, in denen man durch Schaffung eines Abfluſskanales die expulsive Kraft der Detrusoren wieder herstellen kann. *Porosz-Budapest.*

Zur Kasuistik der Prostatectomia suprapubica extravesicalis, von E. Kondoleon-Athen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 39.) Bericht über einen nach dem Vorgang von van Stokkum behandelten 80jährigen Patienten. Durch einen Medianschnitt dicht über der Symphyse wurde die Pars prostatica urethrae freigelegt und zur Digitalexploration der Blase, welche zwei Konkremente enthielt, inzidiert. Darauf wurde die Prostata mitsamt dem zugehörigen Harnröhrenabschnitt entfernt. Der schlieſsliche Erfolg war gut. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Instrumentarium zur Prostatektomie. Nach Hugh R. Young-Baltimore. (*Med.-Techn. Rundschau.* 1909. Nr. 1.) Abbildung und Beschreibung der Spezialinstrumente. *Arthur Schucht-Danzig.*

In welcher Gewebsschicht findet bei der sogenannten Prostatektomie, insbesondere der suprapubischen, die Exstirpation der hypertrophischen Teile statt? von Alfred Rothschild-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 33.) Die von Freyer und jüngst wieder in einer Arbeit aus der Klinik Israels vertretene Anschauung, daſs die ganze Prostata von einer Capsula propria umgeben sei, ist nach den Beobachtungen R.s unrichtig. Die Substanz der submukösen Gewebe der Blasenwand wie die Substanz der Urethra prostatica geht direkt und unvermittelt in die Substanz der Prostata über; das Stroma der Prostata stellt — schematisch gedacht — eine Verdickung der Wand der Harnwege dar und wird normalerweise von dem umgebenden Gewebe durch keine besondere Kapsel geschieden. Entstehen dagegen Knoten, also pathologische Gebilde in der Prostata, dann entwickelt sich um ein Konvolut dieser Knoten eine gemeinsame fibro-muskuläre Kapsel. Zwischen den Knoten bleibt noch etwas Drüsengewebe, und in diesem Rest von Stroma- und Drüsensubstanz geht die Ausschälung der Knoten vor sich. Die intrakapsuläre Ausschälung der „ganzen" Prostata ist also lediglich eine Ausschälung von Prostataknoten, die sogenannte Totalexstirpation bei stumpfem Vorgehen in Wirklichkeit eine partielle, im Stroma der Prostata vorgenommene Exstirpation. *Götz-München.*

Prostatektomie, von J. H. Nicoll-Glasgow. (*Lancet.* 29. Mai 1909.) Verfasser schildert an der Hand eines im Krankenhaus demonstrierten Falles das von ihm

empfohlene Verfahren der Prostatektomie durch gleichzeitige Eröffnung des Fundus und der Basis der Blase. Durch einen ausgiebigen Perinealschnitt von passender Gröfse geht man auf die Prostata ein und löst sie vom Rectum und der Urethra möglichst ab, durch den hohen Blasenschnitt, der allerdings nicht blofs diesen einen Vorteil bietet, drückt der Assistent dem Operateur die Drüse möglichst weit entgegen. Bei dieser Methode bleibt die Urethra vollständig unverletzt, es entsteht keine von Schleimhaut entblöfste Stelle in der Blase, und der Sphincter vesicae wird nicht beschädigt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Prostatectomia suprapubica, von C. H. Chetwood-New York. (*Amer. Journ. med. Scienc.* Jan. 1910.) Verfasser berichtet über sechs glücklich verlaufene Fälle von Prostatektomie bei hohem Blasenschnitt, welche zum Teil sehr ungünstige Verhältnisse darboten. Er bezeichnet es als einen technisch wichtigen Faktor, die Drainage nach der Operation mit einem möglichst kleinkalibrigen Rohr auszuführen, um den Blasenschnitt wenigstens teilweise schliefsen zu können. Hierzu ist die permanente Irrigation der Blase von Bedeutung, und er hat einen speziellen Apparat (Abbildung) zu diesem Zwecke konstruiert. Bei geeigneten Fällen führt C. übrigens auch den perinealen Schnitt aus. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Stenose der Drainageöffnung der Blase nach Prostatektomie, von J. B. Squier-New York. (*Med. Record.* 2. Okt. 1909.) Zwei Fälle, welche zeigen, dafs narbige Stenose der Drainageöffnung der Blase sowohl nach perinealer wie nach suprapubischer Operation vorkommen kann. Es wird als möglich angesehen, dafs die Ursache der Stenose in der vollständigen Entfernung der Urethra prostatica gelegen. Wichtig erscheint, das die Narbe nach der perinealen Operation sich eine ziemliche Strecke nach der Urethra zu ausdehnte, während die Narbe nach der suprapubischen Operation eine Art Ring um den Blasenausgang bildete. *W. Lehmann-Stettin.*

e. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Zur operativen Heilung des angeborenen Harnträufelns, von Hackenbruck-Wiesbaden. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 31.) Bericht über ein vom Verfasser ausgeführtes operatives Verfahren in einem Fall von partieller Blasenspaltung (Fissura vesicae inferior) mit Epispadie der Harnröhre bei einem zwölfjährigen Mädchen. Das Verfahren bestand in zwei Operationen. Zuerst wurde an der Blase durch Raffnähte eine halsförmige Einschnürung erzeugt, wobei aber nichts von der organischen Blasenwand abgeschnitten und dieselbe keineswegs geschädigt wurde. Nach Ausführung dieser Operation konnte die Patientin den Urin etwa drei Minuten, in Rückenlage etwas länger halten. Die zweite Operation bestand in einer Auslösung der Harnröhre und einer möglichst weitwinkeligen Drehung derselben (der äufserste vordere Urethralteil hatte eine Drehung von fast 360° erlitten). Auf diese Weise wurde eine Kompression der Urethra und des neugebildeten Blasenhalses erreicht, wodurch allmählich eine vollkommene Kontinenz erzielt wurde. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Wie kann der Arzt im Sprechzimmer den Salz- und den Harnstoffgehalt des Harns feststellen? von Wunder-Wolfstein. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 27.) Für die hier beschriebene Methode hat man weiter nichts nötig als eine gewöhnliche konstante Batterie mit 10 Volt Spannung, einen Galvanometer und ein zur Aufnahme der zu untersuchenden Flüssigkeit dienendes Röhrchen, etwa den Zylinder einer Normal-Pravaz-Spritze. Leitet man mit diesem Instrumentarium den galvanischen Strom durch eine 1%ige NaCl-Lösung, so zeigt der Galvanometer einen Ausschlag von 12 MA. Dieser Ausschlag variiert natürlich je nach der Konzentration der Salzlösung, läfst sich also zur Bestimmung des Gehalts an Elektrolyten in einer gegebenen Flüssigkeit verwenden. Die im Urin sonst enthaltenen Elektrolyten, Phos-

phate und Sulphate sind von W. auch berücksichtigt, und es sind die genauen Zahlen in .einer gröfseren Tabelle zusammengestellt nebst den spezifischen Gewichten der verschiedenen Konzentrationen. Einige nicht sehr erhebliche Modifikationen wird man in Betracht ziehen müssen bei einzelnen pathologischen Zuständen (Phosphaturie, Fieber), bei denen sich das prozentuale Verhältnis der Elektrolyten um ein weniges verschiebt. Den Harnstoffgehalt bestimmt man sehr einfach aus der Differenz zwischen dem spezifischen Gewicht des Urins und demjenigen der berechneten Elektrolytenlösung nach der beigegebenen Tabelle, da von den das spezifische Gewicht eines Urins bedingenden Nichtleitern nur der Harnstoff in Betracht kommt, und die anderen Nichtleiter, welche nur etwa 1/17 des Harnstoffs entsprechen, nicht in Betracht kommen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beobachtung über ein ungemein hohes spezifisches Gewicht des Urins bei gesunden Frauen, von H. French-London. (*Brit. med. Journ.* 11. Sept. 1909.) Bei 13 Pflegeschwestern, welche alle vollständig gesund waren und auch in der Folgezeit nichts Abnormes sonst darboten, konstatierte Verfasser ein spezifisches Gewicht bis zu 1040. Die Höhe war unabhängig von der Flüssigkeitszufuhr und von der Jahreszeit. (Manchmal ist ein hohes spezifisches Gewicht durch einen hohen Gehalt an Harnsäure bedingt. Ref.)

Philippi-Bad Salzschlirf.

Fälle von Urininfiltration, von S. Blum-Budapest. (Krankenvorstellung im Verein der Spitalärzte, 2. Febr. 1909.) Verfasser stellt vier Patienten vor, die mit septischem Fieber, Harnhindernissen und Tumoren in der Dammgegend ins Spital gekommen sind. Nach einer Operation und Plastik tritt Heilung ein. Wichtig ist, dafs das Leiden frühzeitig erkannt wird. Darauf macht Verfasser besonders aufmerksam.

Porosz-Budapest.

Über eine neue Reaktion im Harn, von Heinrich Schur-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 46.) Nach vielen vergeblichen biologischen und chemischen Versuchen mit dem ausgesprochenen Zweck, Adrenalin im Harn nachzuweisen, hat S. eine einfache Reaktion gefunden — Ausschütteln des mit wenigen Tropfen Jodtinktur versetzten Harns mit Äthergelbfärbung des Äthers —, die bisher mit keinem der in Betracht kommenden Harnbestandteile erzeugt werden konnte, nur mit zugesetztem Adrenalin. Darnach würde in vielen Harnen Adrenalin und zwar in nicht unbeträchtlicher Menge vorhanden sein.

W. Lehmann-Stettin.

Über die Azidität des Harns und seine Beziehungen, von H. R. Harrower-Chicago. (*Med. Record.* 5. Juni 1909.) Die Azidität des Harns wechselt innerhalb bedeutender Grenzen, was für die Diagnose wie auch Prognose vieler Krankheiten wichtig erscheint. Man sollte routinemäfsig jeden Urin auf den Grad seiner Azidität untersuchen. H. schliefst aus seinen Untersuchungen, bei denen er Unterschiede von 10° bis 274° Azidität gefunden, dafs eine erhöhte Azidität stets ein pathologisches Zeichen ist. In 35% der Fälle mit erhöhter Azidität fanden sich bei genauer Untersuchung Cylinder und Spuren Albumen; in 83% Indikan, oft in grofsen Mengen. Hieraus geht ein Zusammenhang zwischen hoher Azidität und Autointoxikation infolge Darmfäulnis hervor. In diesen Fällen war gewöhnlich die Menge des Harnstoffs herabgesetzt. H. glaubt, dafs die quantitative Bestimmung der normalerweise mit dem Urin ausgeschiedenen Substanzen und vor allem die dadurch feststellbaren prozentualen Schwankungen diagnostisch ein weites Feld eröffnen. Doch auch prophylaktisch scheint ihm die Bestimmung der Azidität durchaus nicht wertlos, da die hohe Azidität fraglos die Niere schädigen müsse und vielleicht erst zu Nierenerkrankungen Anlafs gebe.

W. Lehmann-Stettin.

Ein Fall von Urinverhaltung mit Vortäuschung von Obstruktion durch einen Nierenstein, von P. King-Bath. (*Lancet.* 21. August 1909.) Ein 58jähriger

Mann starb nach achttägiger totaler Anurie ohne urämische Erscheinungen und ohne sonstige besonders auffällige Symptome. Die Autopsie ergab totalen Verschlufs des einen Ureters und Umwandlung der Niere in eine kleine dünnwandige Cyste, während die andere Niere ausgedehnte entzündliche Veränderungen aufwies, aber durchaus keine Andeutung von Konkrementbildung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bemerkungen zu einem Falle von kalkulöser Anurie, von ALEX. FRAENKEL-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1910. Nr. 2.) Ein bis dahin vollkommen gesunder Mann wird ganz plötzlich des Nachts durch einen Schmerz, der namentlich die linke Unterleibshälfte betrifft, aus dem Schlafe geweckt. Am Morgen entleert er noch in gewohnter Weise seinen Harn. Darnach sistiert die Harnentleerung acht Tage lang vollständig, ohne Harndrang, ohne Schmerzen zu verursachen und ohne sein Allgemeinbefinden wesentlich zu beeinträchtigen. Röntgenuntersuchung negativ. Cystoskopische Untersuchung und Ureterensondierung negativ. Die am Morgen des achten Tages vorgenommene Operation findet links eine hypertrophische Niere mit ausgeprägter Kapselspannung und nach Sektionsschnitt der Niere vier bohnengroſse Konkremente im Nierenbecken. Der Mann kommt durch; aus dem Verlauf ergibt sich, dafs auf der anderen Seite eine funktionsfähige Niere nicht vorhanden ist.

Der interessanteste Punkt der Beobachtung ist die tagelange Euphorie trotz vollkommener Harnlosigkeit, da (als Beitrag zur Erkenntnis des Wesens der Urämie) mit der Evidenz eines Experiments dadurch erwiesen wird, dafs in der Retention der Harnschlacken sicher nicht das Wesentliche des urämischen Symptomenkomplexes liegen kann: Die ersten urämischen Symptome stellen sich offenbar erst ein, wenn zur Einstellung der exkretorischen Funktion der Niere noch die Insuffizienz der sekretorischen Leistungen kommt. Dafs auch den Nieren eine innere Sekretion zugeschrieben werden mufs, haben Versuche von BROWN, SÉQUARD, MEYER, TIGERSTEDT, ASCOLI u. a. im höchsten Grade wahrscheinlich gemacht. *W. Lehmann-Stettin.*

Über die antitryptische Wirkung des Harns, von JULIUS BAUER und ZDZISLAW REICH. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 46.) Verfasser untersuchten in 72 Fällen den Harn nach der GROSS-FELDschen Methode, welche sie in nur unwesentlichen Punkten modifizierten, und kommen zu folgenden Schlüssen:

1. Es gibt Harne, welche eine antitryptische Wirksamkeit besitzen. 2. Den gröſsten antitryptischen Index haben Harne von akuten und subakuten Nephritiden, von Tuberkulose und Amyloidose der Niere und von akuten Infektionskrankheiten. 3. Die antitryptische Wirksamkeit des Harns findet sich zumeist mit Eiweifsgehalt desselben vergesellschaftet, der antitryptische Index geht jedoch nicht mit dem Eiweifsgehalt des Harns parallel. 4. Die im Punkt 2 angedeutete Gesetzmäfsigkeit im Auftreten einer beträchtlicheren antitryptischen Wirksamkeit des Harns entspricht nicht der etwa vorhandenen Gesetzmäfsigkeit des Vorkommens eines erhöhten antitryptischen Index im Blutserum. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über einige Infektionen mit Bacillus coli, von J. C. BRISCOE-London. (*Lancet.* 30. Okt. 1909.) Der Übergang des Bacillus coli in den Urin findet durchaus nicht ausschliefslich oder auch nur gewöhnlich von der Urethra aus statt, sondern, wie Verfasser an einigen ausführlich mitgeteilten Beobachtungen demonstriert, meistens vom Darm und dessen Umgebung aus. Demgemäfs ist diese Bazillurie oft nur ein Symptom von anderweiten Läsionen in der Nähe der Harnblase. Verfasser schildert einige nützliche Details der Technik beim Nachweis des Bacillus coli und berichtet über einige Erfahrungen, bei denen die Injektion einer Vaccine, die von Kulturen aus dem Urin gewonnen war, einen guten Erfolg lieferte. Er warnt aber vor der Neigung, diese Vaccinebehandlung allzusehr auszudehnen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Bazillurie beim Abdominaltyphus, von K. CONNELL-New York. (*Amer. Journ. med. scienc.* Mai 1909.) Verfasser hat eine Serie von 50 Typhuskranken genauer auf das Auftreten von Typhusbazillen im Urin unter Anlagen von Kulturen und mit den sonstigen Hilfsmitteln untersucht und hat bei elf Fällen Bazillen in mehr oder minder grofser Anzahl nachgewiesen. In einem stark sauren Urin gedeihen dieselben weniger leicht; am reichlichsten entwickeln sie sich gewöhnlich zur Zeit der Fieberabnahme, wenn der Urin zum Alkalischwerden neigt. Namentlich scheint Blasenatonie und das Bestehen von Residualurie ihrer Entwicklung förderlich zu sein. Der Übergang in den Urin vollzieht sich durch Infektion der Blase vom Blute aus und wahrscheinlich auch vermittels der Niere. Man kann darauf rechnen, dafs etwa 24% aller Typhuskranken zeitweilig bazillenhaltigen Urin entleeren, und in manchen Fällen bleibt der Urin noch sehr lange nach Beseitigung aller sonstigen Krankheitserscheinungen bazillenhaltig. Albuminurie begünstigt die Entwicklung der Bazillurie, ist aber nicht eine Conditio sine qua non derselben. Bei vielen Fällen ist eine spezielle Therapie nicht notwendig. Im übrigen wird dieselbe die Darreichung von bakteriziden Mitteln (Urotropin) und eventuell desinfizierende Blasenspülungen usw. umfassen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über das häufige Vorkommen des BOAS-OPPLERschen Bacillus im Harne bei Bakteriurien und Cystitisfällen, von A. RODELLA-Venedig. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 37.) Der Bacillus BOAS-OPPLER ist identisch mit dem Bacillus acidophilus, und wird durchaus nicht nur bei Darmcarcinom, sondern auch sonst recht häufig im Urin gefunden. Er hält ihn für einen Darmbewohner, der bei Gärungszuständen sich vermehrt; er ist überzeugt, dafs dieses Bakterium eine ebenso grofse Rolle spielen wird wie das Bacterium coli commune, wenn nur die Untersuchungsmethoden zum Auffinden und Züchten, bei denen man sich nicht allein auf das Plattenverfahren nach KOCH verlassen darf, richtig angewendet werden. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Verwendung der Reaktionsfähigkeit der Bakterien auf den elektrischen Strom zum Nachweis von Tuberkelbazillen im Urin, von C. RUSS-London. (*Lancet.* 3. Juli 1909.) Bekanntlich tritt beim Durchleiten des elektrischen Stromes durch eine Salzlösung eine Trennung der Form ein und Ansammlung derselben je nach ihrer Art an dem positiven oder dem negativen Pole. Verfasser hat zahlreiche Untersuchungen angestellt, aus denen hervorging, dafs beim Durchleiten des konstanten Stromes durch eine bakterienhaltige Salzlösung ein unter dem Mikroskop deutlich wahrnehmbares Hinüberwandern der Bazillen nach dem einen Pole stattfand, bis schliefslich eine mit dem unbewaffneten Auge erkennbare weifse Wolke entstand. Zum Nachweis der Tuberkelbazillen im Urin erwies sich die Beimischung von Ethylamin, Milchsäure und Bromsäure (im Verhältnis von 1 : 4 : 2) als die zweckmäfsigste elektrolytische Lösung. Der mit diesem Zusatz vermischte Urin wird in einen Glastrog gebracht, dessen eines Ende röhrenförmig ausgezogen ist. An diesem Ende ist die positive Elektrode (von Platin) eingeführt. Am anderen Ende taucht eine passend befestigte pipettenförmige Glasröhre in die Flüssigkeit ein. Durch die Glasröhre geht die negative Elektrode, die aber nur eben die Oberfläche der Lösung berührt. Nach mehrstündigem (8—18 Stunden) Durchleiten eines Stromes von zwei bis drei Milliampère hat sich in der Pipette eine stark alkalische Lösung angesammelt (etwa $^1/_{10}$ bis $^2/_{10}$ ccm), welche einen grofsen Teil der in der Gesamtflüssigkeit enthaltenen Tuberkelbazillen enthält. Man hebt ab, säuert mit Essigsäure an und färbt in der üblichen Weise mit Karbolfuchsin. Verschiedene Kontrollversuche ergaben, dafs dieses Verfahren an Genauigkeit die Untersuchung mit der Zentrifuge weit übertrifft. — Der interessante Artikel verdient der vielen sonstigen Einzelheiten wegen im Original nachgelesen zu werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Nachweis von Aceton im Harn, von Imbert, Bonnamour, Porcher und Hervieux. (*Bull. commerc.* 1910. Nr. 1.) Sicher und leicht soll der Nachweis des Acetons im Harn mittels der als „Imberts Reagens" bezeichneten Mischung von 10 g Eisessig mit 10 ccm einer 10%igen Nitroprussidnatriumlösung gelingen. 15 ccm Harn werden mit 20 Tropfen des Reagenses gemischt und mit ca. 20 Tropfen Ammoniakflüssigkeit überschichtet. Je nach der Menge des vorhandenen Acetons bildet sich eine mehr oder weniger intensive und breite violette Zone.

Verschiedenes.

Desinfektion. Monatsschrift. Herausgegeben von Flügge usw. Schriftleiter: Lentz und Lockemann-Berlin. Februar 1910. Heft 2. Die Februarnummer dieser Zeitschrift enthält aufser einem Artikel von Schreiber: Zur Desinfektion mit Formangan, der dieses Mittel zur Wohnungsdesinfektion empfiehlt, und einem anderen von Schaeffer-Breslau: Über das von Friedrich Weidl erfundene Sexa-Bidet, noch einen interessanten Aufsatz von Ottolenghi-Siena: Über das Desinfektionsvermögen des Quecksilbersublimats. Aus dessen zahlreichen Versuchen ergibt sich, dafs Staphylococcus pyogenes aureus sowohl im destillierten Wasser, als in flüssigem oder trockenem Serum einer 2,7%igen Quecksilberchloridlösung viel länger widersteht, wenn letzterer 2,7% NaCl zugefügt ist.

Gunsett-Strafsburg.

Medizinischer Überblick über die Stadt Taytey, von Henry J. Nichols. (*The Philippine Journ. of science.* Bd. 4, Nr. 4.) Die Stadt Taytey liegt in der Provinz Rizal auf Luzon und hat ungefähr 6000 Einwohner. Sie steht hygienisch in schlechtem Ruf wegen häufiger Pockenepidemien. Der Verfasser fand einen Fall von Microfilia Bancrofti, verhältnismäfsig wenig Malaria und Tuberkulose, elf Fälle von Struma und wenig Geschlechtskranke unter den Einwohnern. Von Hautkrankheiten kamen häufiger Pityriasis versicolor, Herpes tonsurans, Scabies und Impetigo contagiosa vor. *Schourp-Danzig.*

Die deutsche dermatologische Gesellschaft erläfst ein Rundschreiben an ihre Mitglieder, dessen Inhalt wir im Auszuge soweit veröffentlichen, als es die Leser dieser Zeitschrift interessiert.

Der auf dem 10. Kongrefs dieser Gesellschaft gefafste Beschlufs, eine Sammelforschung **„über Vererbbarkeit normaler und pathologischer Hauterscheinungen"** zu bewerkstelligen, hat bisher nicht die gewünschte Beteiligung gefunden, so dafs ein Ergebnis nicht veröffentlicht werden kann.

Es wird daher erneut aufgefordert, Stammbäume von solchen Kranken zu sammeln, die behaftet sind mit: Epidermolysis bullosa, Keratoma palmare et plantare hereditarium, Xanthoma, multiple Teleangiektasien, Hypotrichosis congenita familiaris, Monilethrix, Porokeratosis, Neurofibromatosis, Quinckes Hautödem, Ichthyosis, Psoriasis, Albinismus, Epheliden usw.

Auch die Erforschung der Erblichkeitsverhältnisse bei häufiger vorkommenden Haut- und Haaranomalien, sowie gewisser Rassenunterschiede (Hautfarbe, Haarfarbe und -form, z. B. gelocktes Wollhaar des Negertypus) ist sehr erwünscht.

Auszufüllende Fragebogen sind von Herrn Geheimrat Neisser, Breslau XVI, Maxstrafse 1 zu beziehen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 50. №. 10. 15. Mai 1910.

Die cutanen und subcutanen Sarkoide. Ihre Beziehungen zum Sarkom, zur Lymphodermie, zur Tuberkulose usw.[1]

Von

J. DARIER - Paris.

Mit 7 Abbildungen im Text und 3 Tafeln.

Der Begriff „Sarkoid" schwebt zurzeit vollkommen in der Luft. Man hat diese Bezeichnung bisher auf eine ganze Reihe verschiedenartiger Formen angewandt, die wohl in einzelnen Punkten den Sarkomen ähneln, die aber doch im ganzen wesentlich von ihnen verschieden sind und in mancher Hinsicht viel eher zur Tuberkulose in Beziehung stehen.

Ich habe nun, soweit mir das möglich war, die Literatur der letzten 15 Jahre durchgesehen, auch die einzelnen Fälle, die mir zu Gesicht kamen, sorgfältig untersucht und glaube dabei auf mehrere Typen von ausgesprochen anatomisch-klinischer Eigenart gestoſsen zu sein. Diese Typen sollen hier skizziert werden, denn um sie herum lassen sich dann die weniger ausgeprägten Formen gruppieren.

Ich will hier nun zuerst in Kürze darstellen, wie der Begriff „Sarkoid" zustande gekommen ist; alsdann werde ich versuchen, diejenigen Formen herauszufinden, die geeignet sind, als Ausgangspunkt unserer Untersuchung zu dienen; ich werde weiter unsere noch recht lückenhaften Kenntnisse ihres Wesens und ihrer Ätiologie schildern und werde schlieſslich die Frage zu entscheiden suchen, ob es zweckmäſsig ist, in dem System der Hautkrankheiten eine Gruppe „Sarkoide", wenn auch nur vorübergehend, noch beizubehalten.

Die Bezeichnung „Sarkoid" ist von KAPOSI in die Wissenschaft eingeführt. Der Wiener Forscher (1) hat unter diesem Namen die Mykosis

[1] Ein Auszug aus dieser Abhandlung wurde dem 13. internationalen Kongreſs zu Budapest (August-September 1909) überreicht. Ich teile hier die vollständige Arbeit mitsamt den Beobachtungen, den Abbildungen und dem Literaturverzeichnis mit.

fungoides, die Lymphodermia perniciosa, die Hautsarkomatose und das eigentliche Sarkom zusammengefaſst. Er bezweckte damit nur eine vorläufige Gruppierung. Er hat ausdrücklich erklärt, durch diese Zusammenstellung solle betont werden, daſs die Sarkome keine nosologische Art für sich bilden, sondern daſs sie durch unmerkliche Übergänge mit Neubildungen vermutlich entzündlicher und infektiöser Natur zusammenhängen. KAPOSI fügt noch hinzu, daſs diese vier Gruppen von Dermatosen vielleicht auch zu den leukämischen und pseudoleukämischen Tumoren in Beziehung stehen.

Diese Auffassung KAPOSIS, die er in den beiden letzten Ausgaben seines Handbuches entwickelt hat, stieſs fast überall auf Widerspruch. Von allen Seiten wurde hervorgehoben, daſs es gar keinen Zweck hätte, die echten Sarkome unter die Sarkoide zu rechnen, und daſs es viel praktischer wäre, eine Gruppe wohlcharakterisierter Fälle zu bezeichnen.

1894 schlug SPIEGLER (2), der Assistent von KAPOSI, vor, den Namen Sarkoid auf diejenigen gutartigen und bösartigen Bindegewebsneubildungen zu beschränken, die sich von den Sarkomen durch ihr beschränktes Wachstum, durch die Möglichkeit einer Rückbildung sowie dadurch unterscheiden, daſs ihr Bau weniger massiv ist, sondern eher einem Infiltrat gleicht.

In demselben Sinne hat sich auch MAX JOSEPH (3) geäuſsert. Leider war der Fall, auf den er sich dabei stützte, nicht einwandfrei, wurde vielmehr später als ein Fall von sekundärer Hautcarcinose erkannt.

FENDT (4) hat den Vorschlag SPIEGLERS aufgegriffen und weiter entwickelt. Nach ihm sind unter Sarkoiden alle diejenigen Neubildungen zu verstehen, die eine verhältnismäſsig günstige Prognose liefern, nur ein beschränktes Wachstum haben, häufig beim Gebrauch von Arsen ausheilen und die aus Haufen von Rundzellen aufgebaut sind, wobei die einzelnen Haufen, umschrieben, gesondert, zuweilen sogar eingekapselt sind. FENDT hält die infektiöse Natur dieser Sarkoide für höchstwahrscheinlich.

Durch die methodischen Untersuchungen von BOECK (5) hat dann die Frage, was man Sarkoid nennen soll, ein ganz anderes Aussehen bekommen und sehr an Klarheit gewonnen. Das multiple benigne Hautsarkoid von BOECK stellt eine anatomisch und klinisch bestimmt charakterisierte Form dar, von der schon an 20 übereinstimmende Beobachtungen vorliegen. Diese Sarkoidform wird den ersten Gegenstand meiner Besprechung bilden. Ich bemerke aber gleich hier, daſs neben den wohlcharakterisierten reinen Fällen auch Übergangsformen vorkommen, durch die sich dieser Typus teils anderen Sarkoidformen, teils spezifischen Erkrankungen tuberkulöser Natur, wie dem Lupus miliaris, nähert.

Die Dermatose, die ich gemeinsam mit meinem Schüler ROUSSY als subcutane Sarkoide (6) beschrieben habe, hat allerdings mit BOECKS Hautsarkoiden unleugbare Ähnlichkeiten, unterscheidet sich aber doch von

ihnen durch verschiedene anatomische und klinische Merkmale. Einzelne unserer Fälle bieten ein so ausgeprägtes Krankheitsbild, daſs ich mich für berechtigt halte, sie als besonderen Typus der Sarkoidgruppe zusammenzufassen.

Andere Fälle von Sarkoid zeigen wiederum eine solche Ähnlichkeit mit dem Erythema induratum — in dem weiteren Sinn, den diese Bezeichnung seit einigen Jahren angenommen hat —, daſs man nicht umhin kann, den Beziehungen zwischen diesen beiden Formen nachzugehen und aus denjenigen Sarkoidfällen, die man möglicherweise mit der Bazinschen Krankheit verwechseln könnte, einen dritten Typus zu bilden.

Diesen drei Sarkoidformen, die klinisch und anatomisch eine zusammenhängende Reihe bilden, die vielleicht auch eine ähnliche oder gemeinsame Ätiologie haben, so daſs ihre Scheidung vielleicht ein wenig willkürlich erscheint, tritt nun eine vierte Gruppe von Neubildungen etwas abweichender Natur entgegen, die man aber auch, und sogar in erster Linie, Sarkoide genannt hat, nämlich der Typus Spiegler-Fendt. Diese Fälle bilden den Übergang zu den Lymphosarkomen und den lymphatischen Neubildungen der Haut, vielleicht auch zu den eigentlichen Sarkomen.

Die verschiedenen Typen des Sarkoids.

Typus I.

Hautsarkoide nach Boeck oder miliare Lupoide.

Das multiple benigne Sarkoid Boecks (5) erscheint klinisch unter drei Formen:

1. Bei der tuberösen Form (Boecks groſsknotige Form) handelt es sich um bohnen- bis nuſsgroſse Erhöhungen, die mehr oder weniger hervorragen, rund, oval oder unregelmäſsig geformt sind; ihre Anzahl schwankt erheblich; in zwei Fällen von Kreibich und Kraus war nur ein einziges Knötchen vorhanden.

2. Bei der papulösen Form (kleinknotige Form) haben die Elemente die Gröſse eines Hanfkorns bis zu der einer Erbse und sind zahlreich, bis zu mehreren Hundert (in dem Fall von Hallopeau und Eyck sogar bis zu mehreren Tausend) vorhanden (Fig. 1).

3. Die Form mit infiltrierten Plaques (diffus infiltrierte Form), die sich zuweilen mit den beiden vorher genannten Formen zusammenfindet (Fig. 2), zeichnet sich durch eine oder mehrere harte Plaques aus, die sich von der Nachbarschaft nicht scharf abgrenzen und wenig oder gar nicht hervorragen.

Das Boecksche Hautsarkoid befällt mit Vorliebe das Gesicht, dann den Rücken, die Schultern und die Streckseiten der Oberextremitäten; zuweilen findet man auch auf dem Kopf, dem Gesäſs und den Unterextremitäten Elemente; kurz, sie kommen überall vor, nur nicht an den

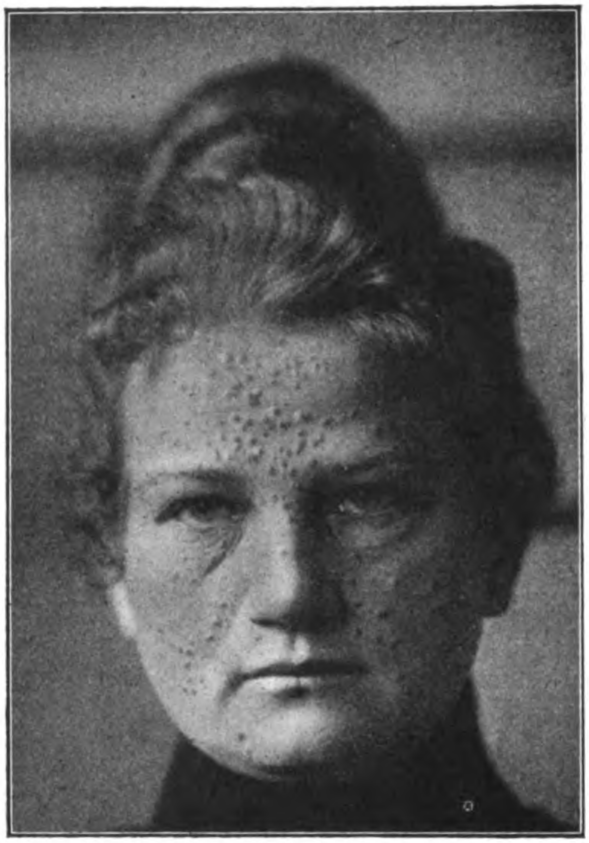


Fig. 1.
BOECKsches Sarkoid (kleinknotige Form).
Nach einer Photographie von BOECK.

Handflächen und den Fuſssohlen. Ihre Verteilung ist leidlich symmetrisch; BOECK hat darauf hingewiesen, daſs sie sich besonders gern um Narben jedweder Herkunft entwickeln.

Die Dermatose kann mit dem plötzlichen Auftreten einer diffusen, ödematösen Röte beginnen, die von etwas Jucken begleitet ist und in 8 bis 14 Tagen wieder verschwindet; es bleiben dann eine oder mehrere umschriebene Verhärtungen nach. In anderen Fällen bildet sich in der Tiefe der Cutis ein Knötchen, das sich allmählich bis an den Papillarkörper herandrängt und diesen emporhebt. Die Knötchen wachsen nun sehr langsam, vermehren sich schubweise und haben eine Lebensdauer von mehreren Monaten bis Jahren.

Auf der Höhe ihres Wachstums sind sie zuerst rosa, später rotviolett oder gelblich und zuletzt bräunlich gefärbt. Sie fühlen sich fest an; bei den beiden ersten Formen fühlt man beim Palpieren einen gut abgegrenzten Knoten in der Cutis.

Eine wichtige Eigenschaft, der BOECK fast pathognomonische Bedeutung beimiſst, ist die, daſs die Sarkoide bei der Diaskopie weniger durchschimmernd sind als die Lupome, und daſs sie häufig aus kleinen, hanfkorngroſsen oder punktförmigen Körperchen von gelblicher oder grauer Farbe — daher der Name Miliarlupoid — zu-

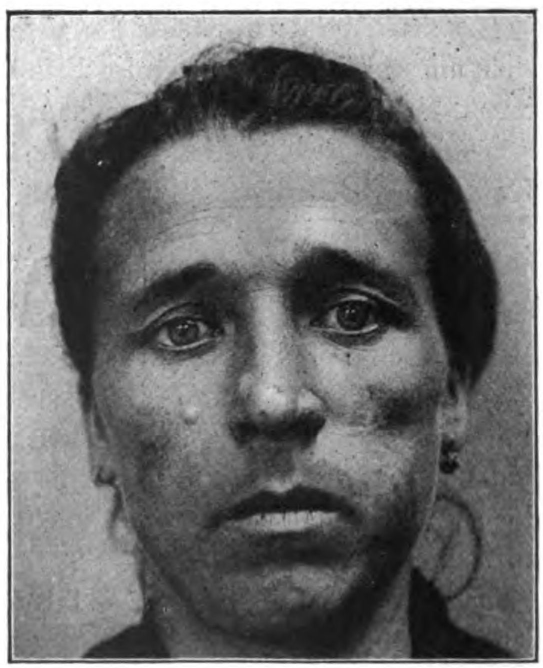


Fig. 2.
BOECKsches Sarkoid (groſskn. u. infiltr. Form).

sammengesetzt erscheinen. Doch ist dies Verhalten nicht regelmäſsig; es wird namentlich zur Zeit der Rückbildung der Elemente beobachtet.

Diese Rückbildung wird dadurch eingeleitet, daſs die Knötchen in ihrer Mitte einsinken, daſs die Mitte sich violett färbt, sich mit einem Netz von Teleangiektasien bedeckt und von einem gelblichen, manchmal etwas schuppenden Rand umgeben erscheint. Doch ist die Abschuppung bei den Sarkoiden immer nur sehr gering und fein.

Im weiteren Verlauf flachen die Knötchen oder Papeln dann ganz ab und verschwinden schlieſslich völlig; es bleibt nur ein kleiner Pigmentfleck oder eine narbige, mit Teleangiektasien bestandene Atrophie zurück (Status teleangiektodes). Dies ist allemal ihr normaler Ausgang. Es muſs ausdrücklich hervorgehoben werden, daſs die Boeckschen Sarkoide niemals die geringste Neigung zur Erweichung oder zur Ulceration zeigen.

Ungewiſs ist noch immer, ob auch in den Schleimhäuten Sarkoide vorkommen. Boeck konnte bei verschiedenen seiner Patienten einen krankhaften Zustand der Nasenschleimhaut feststellen. In einem Fall konnte er sogar die bazilläre Natur dieser Veränderungen nachweisen. Auf die Schlüsse, die er aus diesem Befund zieht, werde ich noch zurückkommen; fraglich bleibt es, ob diese Erkrankung der Nase ein Sarkoid war.

Die Drüsen verhalten sich verschieden; bald sind sie unverändert, bald beträchtlich geschwollen, doch entspricht die Lage der Adenopathie keineswegs immer der erkrankten Hautgegend.

Auch die Milz ist nicht geschwollen. Das Blut behält im allgemeinen seine normale Zusammensetzung: nur einige Male fand sich eine geringe Vermehrung der groſsen Mononukleären. Der Harn ist immer normal.

Das Allgemeinbefinden der Patienten ist durch die Dermatose nicht nennenswert beeinfluſst; zuweilen erscheinen sie sogar von blühender Gesundheit, so daſs man die Krankheit unbedingt für gutartig erklären kann. Sie belästigt nur durch ihre lange Dauer, die sich über fünf bis zehn Jahre und noch weiter erstrecken kann. Rückfälle nach anscheinender Heilung sind nicht selten.

Das Sarkoid kommt bei der Frau etwas öfter vor als beim Mann; sein Auftreten wurde zwischen dem 13. und dem 45. Lebensjahre beobachtet. Wahrscheinlich kommt die Dermatose in allen Himmelsstrichen vor.

Der histologische Bau des Boeckschen Sarkoids ist charakteristischer als seine Symptomatologie; ein Blick auf ein mikroskopisches Präparat genügt, um die Diagnose zu sichern. Man gewahrt Zellhaufen und scharf umschriebene gelappte Wülste (boudins lobulés), die in die perivaskulären Lymphräume eingelagert scheinen und das elastische und Bindegewebe der Cutis verdrängen (Tafel I, Fig. 3). Oft lehnen sich die Zellhaufen an ein Blutgefäſs an oder werden zentral von ihm durchzogen.

Die Zellhaufen bestehen überwiegend, und stellenweise sogar ausschliefslich, aus blassen, epithelioiden Zellen, deren Protoplasma schwach acidophil und verschwommen, deren Kern nur wenig färbbar ist. Es finden sich unter ihnen aber auch vielkernige Zellen, unvollkommene Riesenzellen und, viel seltener, richtige LANGHANSsche Riesenzellen. Aufserdem keilt sich auch zuweilen in den Rand dieser epithelioiden Zellhaufen ein Schwarm Lymphoidzellen oder Lymphocyten mit spärlichen Plasmazellen derart ein, dafs der Zellhaufen gelappt erscheint. Die epithelioiden Zellen sowohl wie die Riesenzellen können ebensogut von den Plasmazellen herstammen wie von den Bindegewebszellen.

Die Verbindungsbalken, die die Infiltrate trennen, sind merkwürdig gut erhalten; ihr elastisches Netz ist unversehrt, fehlt dagegen in den Zellhaufen. Entartungserscheinungen sind gar nicht vorhanden, entzündliche Reaktion nur in Spuren; Leukocyten fehlen fast ganz, Mastzellen sieht man nur in geringer Menge. Die Gefäfse können erweitert sein, sind sonst aber normal. Die Infiltrate werden von Arteriolen durchzogen, bei denen nur die Adventitia von Zellen infiltriert ist. Die Venen dagegen werden öfters in den Neubildungsprozefs einbezogen und erfahren dann grofse Veränderungen, so dafs nur ihr elastisches Skelett übrig bleibt.

Die beschriebenen Veränderungen sitzen hauptsächlich in wechselnden Schichten der Cutis, zuweilen in ihrer ganzen Dicke. Einzelne Infiltrate wagen sich bis in den Papillarkörper vor; in der grofsknotigen und infiltrierten Form gelangen sie bis in die oberen Schichten der Subcutis.

Demnach bestehen die wesentlichen Elemente des BOECKschen Sarkoids aus Infiltraten, die meist einen perivaskulären Sitz haben, gut abgegrenzt und aus epithelioiden und Riesenzellen nebst einigen Lymphocytenhaufen aufgebaut sind. Diese Elemente gehören der Cutis und nur gelegentlich auch der Subcutis an. Man kann nicht behaupten, dafs diese Eigenschaften auf ein Sarkom oder einen leukämischen Tumor hinweisen, sie sprechen viel eher für eine chronisch-infektiöse Entzündung, für ein infektiöses Granulom. Wenn auch die follikulären, tuberkuloiden Bildungen selten vorkommen, so will ich doch nicht unterlassen, zu erwähnen, dafs ich bei meiner ersten Biopsie eines Sarkoids den Eindruck hatte, als handle es sich um ein atypisches tuberkulöses Gewebe; deshalb wählte ich auch die Bezeichnung Lupoid, die BOECK neuerdings angenommen hat.

Doch ehe ich auf die Frage nach dem Wesen dieser Sarkoide weiter eingehe, möchte ich zunächst darauf hinweisen, dafs neben ganz typischen Fällen, denen die vorige Beschreibung völlig anpafst, man auch auf derartig atypische Fälle stöfst, von denen es unsicher ist, ob sie dieser Gruppe zuzuweisen sind.

Von den bereits veröffentlichten Fällen hat BOECK (5) die von FORCKHAMMER, von GOTTHEIL, von HALLOPEAU und EYCK als typisch anerkannt;

dagegen hält er die von PELAGATTI und von PAWLOFF für zweifelhaft. Seit 1905 sind an typischen Fällen nur die von MARIE OPIFICIUS (7) und POLLITZER (8) veröffentlicht worden.

Mir selber war Gelegenheit geboten, zwei Fälle gründlich zu studieren. Den einen, noch unveröffentlichten, habe ich 1898 beobachtet. Es ist das derselbe, von dem ich BOECK auf dem Pariser Kongreſs 1900 Schnitte gezeigt habe. BOECK fand diese Präparate den seinigen identisch gleich. Den zweiten Fall, dessen klinische Beobachtung erst ganz kürzlich erschienen ist, hat mir mein Kollege DANLOS (9) bereitwillig zur Bearbeitung überlassen.

Fall 1. BOECKsches Sarkoid, papulöse Form.

Frau von 41 Jahren, groſs, mager, blaſs. Ein Groſsvater starb an Lungenschwindsucht, weitere Fälle von Tuberkulose in der Familie sind ihr nicht bekannt. Sie selber litt im Alter von sechs bis sieben Jahren an Halsdrüsen, von denen eine vereitert ist; man sieht jetzt noch die Narbe unterm linken Unterkiefer. In späteren Jahren litt sie auch an Chlorose. Sie ist verheiratet, hat aber nur einmal einen Umschlag gehabt (dritter Monat), sonst keine Schwangerschaft. Sie leidet an einer chronischen Coryza mit Ozaena, neigt zu Erkältungen und hustet viel und klagt über häufige Beklemmungen, Herzklopfen und rheumatoide Schmerzen. An beiden Lungenspitzen besteht deutliche Induration ohne Rasseln und etwas pleuritisches Reiben. Am Herzen systolisches inorganisches Blasen. Die Bauchorgane gesund. Am Hals mehrere geschwollene Drüsen. Der rhinoskopische Befund ist leer. Keine Syphilis.

Diese Frau kommt wegen eines Knötchenausschlages in Behandlung, der vor etwa 18 Monaten im Gesicht begonnen hat. Die Knötchen verursachen keinerlei Schmerzen, haben sich aber sehr vermehrt, bedecken das ganze Gesicht, die Arme, den Hals und die Schultern; im Gesicht allein zählt man ungefähr 50, auf jedem Arm etwa 40. Die einzelnen Elemente stellen glatte Flecke oder leichte, linsenförmige Erhabenheiten dar, sind gelblichrosa oder violett gefärbt, haben eine glatte, weder schuppende noch ulcerierte Oberfläche und fühlen sich weich an. Indem diese Elemente, besonders auf der Stirn und auf der Nase, zusammenflieſsen, kommen kleine weinrote, gebuckelte Herde mit verschwommenen Rändern zustande. Bei der Vitropression dieser Plaques oder der einzelnen Elemente gewahrt man in der Cutis punktförmige Knötchen, die gelblich und durchscheinend sind und die bald durch ein weiſses Netzwerk getrennt werden, bald zu einem gröſseren Knoten von der Form eines Hanfkorns zusammenflieſsen.

Durch Biopsie eines Elementes vom Arm habe ich ein Präparat gewonnen, das hier (Tafel I, Fig. 3) abgebildet ist. Auf zahlreichen, mit ZIEHL gefärbten Schnitten fehlen die KOCHschen Bazillen. Ein anderer, möglichst groſser Knoten wurde in das Peritoneum eines Meerschweinchens eingeimpft; bei der nach zehn Monaten vorgenommenen Sektion finden sich weder Tuberkel noch KOCHsche Bazillen. Eine Tuberkulineinspritzung lieſs die Patientin an sich nicht vornehmen.

Angesichts dieser klaren klinischen und anatomischen Befunde — die BOECKschen Arbeiten waren noch nicht erschienen — habe ich diesen Fall als „Lupoide disséminée“ bezeichnet und als solches in meinen Aufzeichnungen geführt. Erst auf dem internationalen Kongreſs für Dermatologie zu Paris 1900 habe ich Herrn Prof. C. BOECK, und zwar am nämlichen Tage wo er seine multiplen benignen Hautsarkoide vorführte, meine Präparate gezeigt, und wir stimmten sofort überein, daſs es sich in beiden Fällen um die nämliche Krankheit handle.

Der Verlauf der Dermatose in meinem Fall war nun folgender: Aufser Regelung der Diät und der Lebensweise und Verabreichung stärkender Medikamente habe ich meiner Patientin zweimal im Jahr fünf bis sechs Wochen hintereinander je eine Einspritzung von 0,04—0,05 Kalomel gemacht. Nach der dritten bis vierten Einspritzung sanken die Knötchen regelmäfsig ein und die Flecke fingen an, abzufallen, so dafs die Behandlung sicherlich wirksam war; es trat dann im nächsten Jahre wieder eine Verschlimmerung ein, schliefslich aber wurde endgültige Heilung erreicht. Auf den Extremitäten hatte sich der papulöse Ausschlag nach 18 Monaten in münzenartige, glatte, leicht atrophische Flecke verwandelt, die violett gefärbt und mit zarten Teleangiektasien bedeckt waren; auf Gesicht und Nase sah der Ausschlag genau aus wie Akne rosacea ohne Folliculitis. Nach Verlauf von zwei Jahren war die Dermatose fast ganz geheilt; nur das Allgemeinbefinden blieb unbefriedigend, denn Patientin klagte über häufige Gelenkschmerzen; doch hatte sie an 15 Pfund zugenommen, hustete weniger und gab gar nichts mehr auf. Die Verhärtung auf den Lungen hatte sich zur Sklerose weiter entwickelt.

Fall 2. Boecksches Sarkoid, tuberöse und infiltrierte Form.

Diese 33jährige Patientin wandte sich zuerst an die Kollegen Danlos und Flandin vom Hôpital Saint-Louis, die sie in der Dermatologischen Gesellschaft vorstellten und den Fall veröffentlichten (9). Durch die Güte des Herrn Danlos wurde sie dann auf meine Abteilung ins Hôpital Broca verlegt, und ich konnte sie hier in Mufse beobachten.

Frau von kleinem Wuchs. Tochter von Landleuten, von guter Gesundheit. Tuberkulose weder in der Familie noch in ihrer Anamnese; auch keine Syphilis. Auf den Wangen und auf der Nase verhärtete Herde und violette Knoten. Einzelne vergröfserte Drüsen am Unterkiefer und längs des Halses; in der rechten Achselhöhle ebenfalls eine gröfsere Drüse und mehrere kleinere in der linken Achselhöhle und in den Leisten. Inspirium auf der rechten Lungenspitze schwach; Exspirium verlängert, vermehrte Vibration. Inspirium auch auf der linken Lungenspitze schwach. Weder Fieber, noch Schweifse, noch Husten; die Stimme chronisch rauh.

Die Dermatose des Gesichts war von den ersten Beobachtern „Lupus tuberculosus mit Sarkoid“ genannt worden. Sie hatte vor sechs bis sieben Jahren mit einem roten Herd auf der linken Wange begonnen, und zwar genau an derselben Stelle, an der Patientin sechs Jahre vorher durch Schlag mit einer Heugabel eine kleine Hautwunde davongetragen hatte; die Wunde war damals in acht Tagen vernarbt. Jener rote Herd in der Gröfse eines 1 Fr.-Stückes wurde wenige Monate nach seinem Erscheinen mit dem Messer entfernt. Örtlich trat dann kein Rückfall ein, aber es entwickelten sich auf beiden Wangen und auf der Nase violette Flecke, Verhärtungen und Knötchen, die zwei Jahre lang erfolglos mit Röntgenstrahlen, auch einige Male mit Hochfrequenzströmen behandelt wurden.

Bei ihrer Aufnahme zeigt die Patientin (Fig. 2) auf beiden Wangen, in ziemlich symmetrischer Anordnung, je drei Herde, einen grofsen und zwei kleine, die von der Mitte des horizontalen Astes des Unterkiefers zum unteren Augenlid aufsteigen. Die gröfseren Herde, die auch die älteren sind, messen 5 zu 3 cm und bestehen aus einer harten Infiltration der Haut und der Subcutis. Der Herd ist höckerig und scheint aus lauter zusammenfliefsenden Knötchen zu bestehen. Mit blofsem Auge erkennt man nur einen oberflächlichen, narbigen Zustand mit Teleangiektasien auf einem erythematösen Untergrund; bei der Vitropression unterscheidet man auch gelbliche Körner. Die kleineren Herde sind oberflächlicher, weniger hart und sehen wie schwache, violettgefärbte Hervorragungen aus; die Vitropression läfst erkennen, dafs es sich um ein

weifsliches, fibröses Gewebe handelt, das von glasig-grauen Pünktchen durchsetzt ist. Oberhalb des rechten und auf dem linken Nasenflügel befinden sich violette Hervorragungen von je etwa 1 cm Durchmesser, die genau so beschaffen sind.

Ein kleiner Herd wurde zwecks mikroskopischer Untersuchung ganz ausgeschnitten und von dem grofsen Herde links ein Teil. Es fand sich aber in allen Präparaten derselbe histologische Bau, wie er in Fig. 3 abgebildet ist. Kochsche Bazillen fehlten. Ein beträchtliches Stückchen des kranken Gewebes wurde einem Meerschweinchen eingeimpft, ohne bei dem Tiere Tuberkulose zu erzeugen. Die Tuberkulineinspritzungen lieferten kein deutliches Ergebnis, denn nur die Intradermoreaktion war positiv; nach der Einspritzung von 0,0005 Tuberkulin in die Glutäalgegend erfolgte weder allgemeine noch örtliche Reaktion. Zu einem Versuch mit gröfseren Mengen Tuberkulin kam es nicht mehr, denn die Kranke drängte nach Hause.

Es handelte sich also auch in diesem Falle um ein Boecksches Sarkoid, und die sonst gestellte Diagnose des Lupus liefs sich nicht aufrechterhalten.

Die atypischen Übergangsfälle weisen gegen die typischen Fälle meist sehr erhebliche Abweichungen auf. Sie kommen vielleicht viel häufiger vor als die typischen Fälle, zumal wenn man bedenkt, dafs ein grofser Teil von ihnen gar nicht veröffentlicht wird, weil die Beobachter nicht wissen, wie sie sie rubrizieren sollen.

Von solchen atypischen, zweifelhaften oder nicht klassifizierbaren Fällen will ich nur die von Winkler (10), Halkin (11), Brocq, Pautrier und Fage (12), Balzer und Alquier (13), Rusch (14), Audry (15), Kreibich und Kraus (16), Pautrier und Fernet (17) und endlich Gougerots (18) Lymphosarkoid erwähnen. Sie alle zu beschreiben, würde zu weit führen. Die Merkmale, durch die sich bald der eine, bald der andere der Fälle auszeichnet, sind verschiedenartig. Hier findet sich nur ein einziger Tumor, dort haben die Knötchen einen ganz ungewohnten Sitz; in dem einen Falle ist die Entwicklung eine akute und neigt zur Sklerosierung, in dem anderen fehlt eine deutliche Abgrenzung der Infiltrate voneinander, so dafs sie zusammenfliefsen; oder es sind auch typische tuberkulöse Follikel vorhanden, oder der Prozefs erstreckt sich auffällig tief in die Subcutis usw.

Unter diesen Verhältnissen ist die Frage von Graham Little (19) sehr berechtigt, ob nicht auch manche Fälle des Granuloma annulare von R. Crocker unter die Boeckschen Sarkoide gehören.

Selbstverständlich darf man nicht mit jedem abweichenden Fall einen sekundären Typus aufbauen wollen. Aber so gern ich auch bereit bin, in diese vorläufige Gruppe der Sarkoide einzelne seltene und zweifelhafte Formen aufzunehmen, so kann ich doch andererseits nicht zugeben, dafs der Typus des Boeckschen Sarkoids durch unberechtigte Zuweisungen entstellt und verwischt wird.

Die Diagnose hat sich auf alle die gewohnten und anerkannten Hilfsmittel zu stützen. Verwechslungen mit den Sarkomen und der Pseudo-Leucaemia cutis (Jadassohn) sind selten; schwieriger ist schon

die Unterscheidung von Syphiliden und selbst von Lepra, wie das ein Fall von MASSA (20) beweist; und nahezu unmöglich wird oft die Entscheidung, ob Sarkoid oder Hauttuberkulose, denn hier kommen ganz auffällige Übergänge vor. Ich meine aber doch, dafs durch die Aufstellung der Sarkoidgruppe die nachfolgenden Typen in ihrem Bestand nicht gefährdet werden:

Der Lupus miliaris, der Lupus follicularis disseminatus von TILBURY FOX, JADASSOHN, BETTMANN und FINGER kann in der Tat dem papulösen Sarkoid sehr ähnlich sein, was mich veranlafst hat, das Sarkoid „Lupoide bénigne disséminée" zu benennen. Beim Lupus aber sind die Knötchen durchscheinender, er weist typische tuberkulöse Follikel mit zentraler Verkäsung auf, er ist in der Regel auf Tiere überimpfbar und reagiert auf Tuberkulineinspritzungen. Der jüngste Fall von BREDA, der unter der Bezeichnung „Sarcoide multiple bénigne de BOECK-DARIER" veröffentlicht wurde (21), bezeugt indes, wie sehr auch hier noch Zweifel möglich sind.

Der Lupus erythematosus profundus tuberosus kann, wie BOECK, KREIBICH und KRAUS hervorheben, mit dem Sarkoid Ähnlichkeit haben; hier aber beseitigt die Biopsie jeden Zweifel.

Auch der Lupus pernio (freilich nicht als Chilblain-Lupus von HUTCHINSON, welche Form eher dem Lupus erythematosus verwandt erscheint, sondern in der von BESNIER beschriebenen Gestalt) steht dem Sarkoid nahe, dessen von BOECK beschriebene Hanfkorngebilde er sogar bei der Vitropression aufweist. Er unterscheidet sich von ihm aber dadurch, dafs er eine Saisonkrankheit ist, dafs bei ihm die Elemente nur immer an bestimmten Körperstellen erscheinen, dafs sie weich und anders gefärbt sind, sowie besonders dadurch, dafs sie weder klinisch noch mikroskopisch vom Gesunden scharf abgegrenzt sind.

Andererseits aber mufs man sich fragen, ob das BOECKsche Sarkoid seiner Natur nach von diesen Formen der Hauttuberkulose verschieden sei. In dieser Beziehung möchte ich folgendes sagen: Es ist zwar möglich, aber wenig wahrscheinlich, dafs, wie man früher angenommen hat, die typische Form des BOECKschen Sarkoids von verschiedenen Ursachen abhänge, vielmehr sprechen starke Gründe dafür, dafs es stets tuberkulösen Ursprungs sei.

Mehr als die Hälfte aller Sarkoidkranken sind sicher oder wahrscheinlich tuberkulös oder zum mindesten mit verdächtigen Drüsenschwellungen behaftet. Der Rest allerdings scheint sich der besten Gesundheit zu erfreuen.

Auf Tuberkulinreaktion wurde meistens nicht untersucht; in drei Fällen — von BOECK, WINKLER, HALKIN — war sie nicht vorhanden; in meinem Falle blieb sie bei einer Menge von $^1/_2$ mg aus. Die einzigen positiven Fälle sind die von MARIE OPIFICIUS (7), von KREIBICH und KRAUS (16); doch sind diese letztgenannten Fälle in einzelnen Punkten abweichend.

Der anatomische Bau des Sarkoids ist nur wenig beweisend, obgleich gerade er zuerst meinen Verdacht erregt hat. Aber ich habe seitdem erkannt, dafs ähnliche Granulome auch durch Syphilis, Sporotrichose, Blastomykose usw. erzeugt werden können.

Weder der Tuberkelbazillus noch sonst ein Mikroorganismus wurde je im Sarkoidgewebe gefunden. Wohl aber fand Boeck, in einem Sarkoidfall mit Störungen abseiten der Nase, in der Nasenschleimhaut einen Bacillus, der in allen Punkten dem Kochschen Bacillus glich. Von der Schleimhaut wurde ein Stückchen auf ein Meerschweinchen überimpft und erzeugte bei diesem abgeschwächte Tuberkulose. Boeck selber hat sich nach langem Zaudern zu dem Satz bekannt, „dafs das Sarkoid — oder, wie er es jetzt nennt, das miliare Lupoid — sicher eine infektiöse, bazilläre Krankheit darstellt, die entweder identisch oder zum mindesten sehr verwandt mit der Tuberkulose ist."

Je mehr sich die Fälle von der typischen Form entfernen, um so wahrscheinlicher wird dann aber ihre tuberkulöse Natur. Ich erinnere daran, dafs in einem Fall von Sarkoid der Kopfhaut bei einer Frau mit Morbus Addisonii, den ich im Dezember 1908 veröffentlichte (22), mein Assistent Hallé in den Schnitten zwei Kochsche Bazillen fand.

Aus den therapeutischen Erfolgen bei der Behandlung des Sarkoids läfst sich meines Erachtens kein Schlufs ziehen. Boeck schreibt dem Arsen eine gewissermafsen spezifische Wirkung zu; ich habe sowohl bei einem Boeckschen wie bei einem subcutanen Sarkoid mit Kalomeleinspritzungen entschieden günstige Einwirkungen gesehen.

Typus II.
Subcutane Sarkoide nach Darier-Roussy.
(Subcutane Tuberkulide.)

Diese Form (6) ist verhältnismäfsig selten, hat aber so bestimmte Eigentümlichkeiten, dafs sie sich zum Vergleichsobjekt für ähnliche Formen besonders eignet.

Es handelt sich bei ihr um subcutane, schmerzlose, schleichende Neubildungen, ohne Neigung zu unbegrenztem Wachstum, zur Verallgemeinerung, zur Erweichung oder zum Geschwürigwerden, auch ohne Einflufs auf das Allgemeinbefinden.

Die Knoten stehen bald vereinzelt, sind rund oder oval, hasel- bis wallnufsgrofs, bald verwachsen sie miteinander zu knotigen Strängen, die längs den Gefäfsen verlaufen, oder zu höckerigen Flächen, die sich ins Gesunde verlieren und 15—20 cm Länge erreichen können.

Sie beginnen ganz allmählich, ohne dafs die Patienten es merken; ihre Zahl ist schwankend; sie fühlen sich hart und fibrös an und sind ganz schmerzlos. Auf ihrer Unterlage bleiben sie immer verschiebbar,

verwachsen aber zuweilen mit der Haut, die sich über ihnen rötlich, lila oder schieferartig färbt.

In den typischen Fällen saſsen die Tumoren ziemlich symmetrisch am Rumpf, besonders in der Rippengegend, auf den Schultern, dem Rücken, den Seiten, den Hüften und dem Leib. (Fig. 4.)

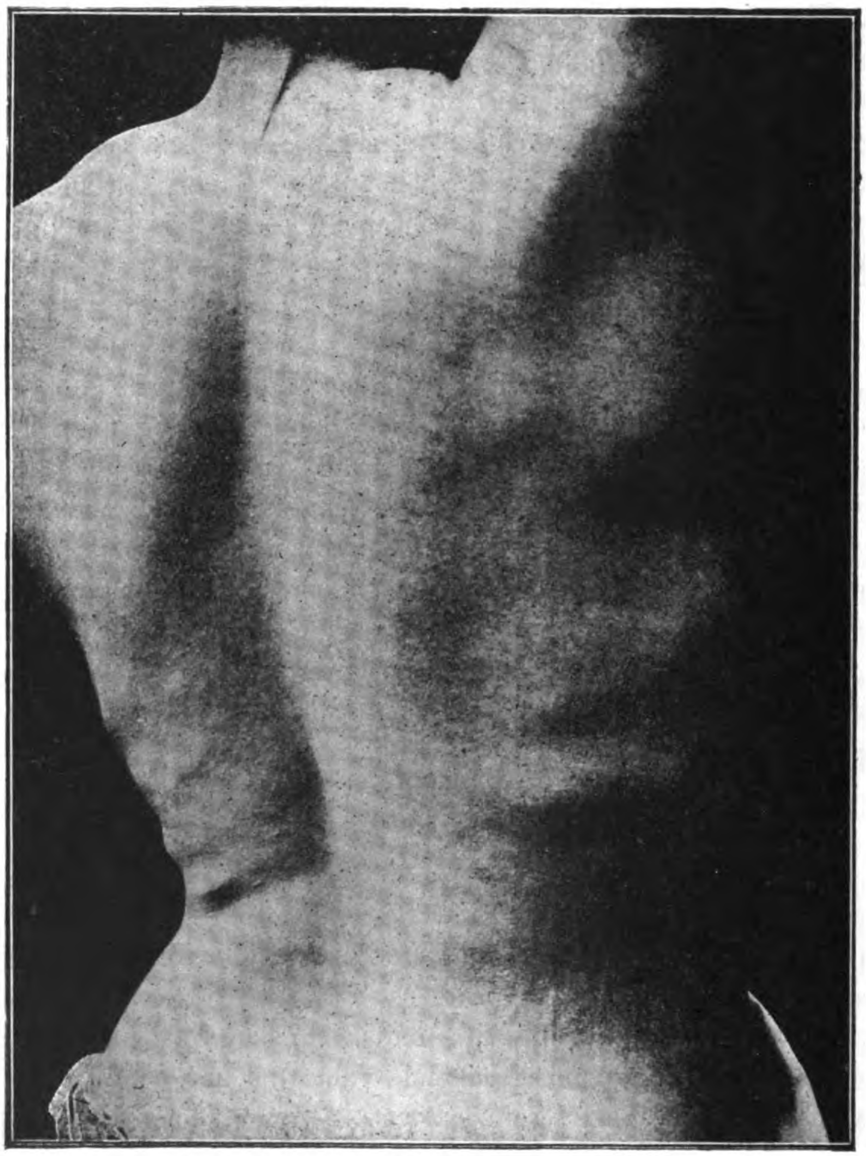


Fig. 4.
Subcutane Sarkoide nach Darier-Roussy. 43jährige Frau.
(Fall 2 der Abhandlung in *Archives de médecine experimentales*, Jan. 1906.)

Besonders auffällig ist der Bau dieser subcutanen Sarkoide. Die Neubildung sitzt hauptsächlich in der Subcutis und schickt Ausstrahlungen in die Cutis, die sie von unten nach oben zu durchsetzen strebt. (Fig. 5.) Sie besteht zum gröſsten Teil aus epithelioiden, aus jungen Bindegewebs-

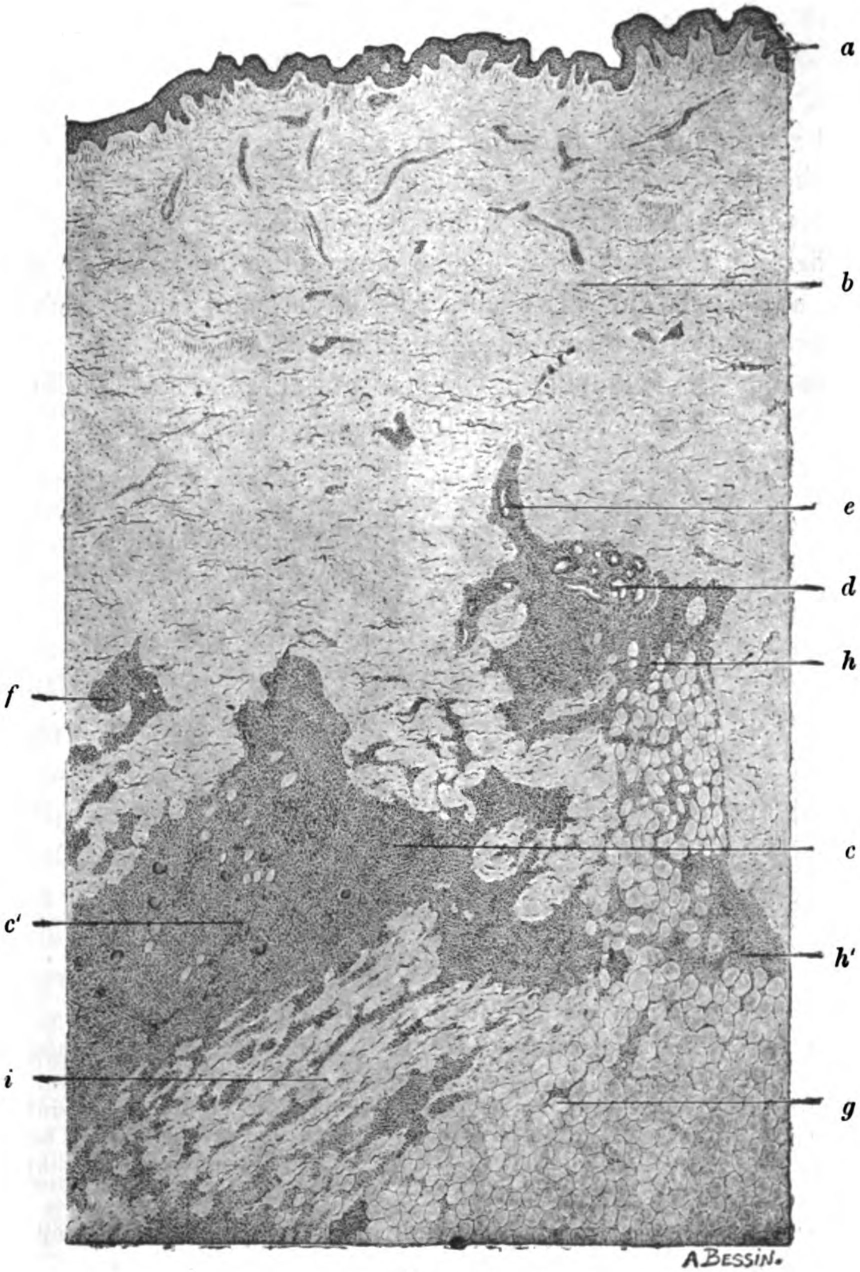


Fig. 5.

Subcutanes Sarkoid von Darier-Roussy.

Gesamtansicht der Haut und des oberen Teils eines Tumors. Vergrößerung 30 : 1. Färbung: van Gieson.

a. = Epidermis. — *b.* = Cutis. — *c. c'.* = Neugebildetes Gewebe. — *d.* = Knäueldrüse in einen neoplastischen Haufen eingeschlossen. — *e.* = Knäueldrüse von einem neoplastischen Ausläufer scheidenartig umgeben. — *f.* = Kleine Vene mit Endoperiphlebitis, von neoplastischem Gewebe umgeben. — *g.* = Schwachentzündetes Fettläppchen. Auf dem Teil des Präparats, der nicht mit abgebildet ist, sieht man, wie das neoplastische Gewebe sich unterhalb des Fettläppchens ausbreitet, so daſs dieses überall von der Neubildung umgeben ist. — *h. h'.* = An diesen Punkten kann man die Infiltration des Fettgewebes durch die Neubildung sehr gut verfolgen. — *i.* = Sklerose der Subcutis mit Flecken und Streifen des neugebildeten Gewebes.

zellen und aus Lymphocyten, untermischt mit zahlreichen typischen oder halbfertigen Riesenzellen. Plasmazellen und Mastzellen sind nur spärlich vorhanden, Polynukleäre nur stellenweise. Meist legen sich die epithelioiden, die lymphoiden und die Riesenzellen zu richtigen tuberkulösen Follikeln zusammen, wie man es in den Abbildungen sehen kann (Fig. 6); an einzelnen Stellen ist die Infiltration lockerer. An einzelnen Blutgefäſsen besteht Perivaskulitis, andere sind obliteriert und so durchsetzt, daſs man nur noch ihr elastisches Skelett erkennt; dabei scheinen die Gefäſse für das Infiltrat richtunggebend zu sein.

Rings um die Neubildung liegen gut abgegrenzte Zellhaufen der nämlichen Arten, die wie verstopfte Lymphgefäſse aussehen. Das Fett-

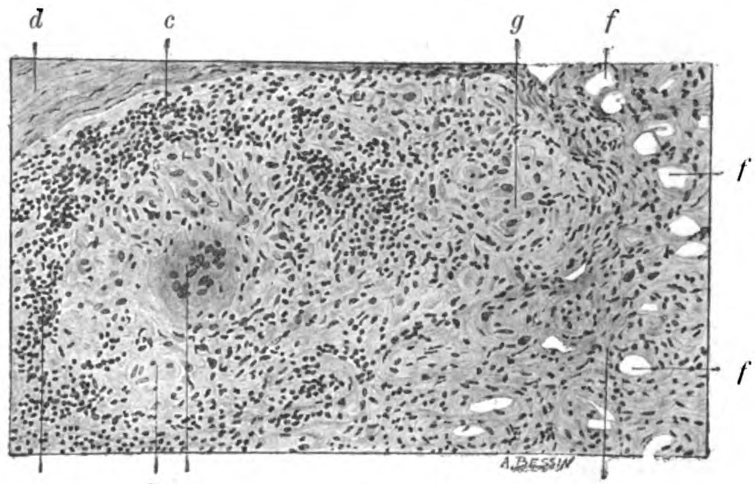


Fig. 6.
Subcutanes Sarkoid von Darier-Roussy.
Tuberkulöses Follikel an der Peripherie der Neubildung. Vergröſserung 130 : 1.
a. = Zentrale Riesenzelle. — *b.* = Zone der epithelioiden Zellen. — *c. c.* = Zone der Lymphocyten. — *d.* = Fibröses Gewebe, die Neubildung einhüllend. — *e.* = Sklerosiertes Fettgewebe, in dem noch einige Fettzellen (*f. f. f.*) bestehen. — *g.* = Haufen von epithelioiden Zellen, die zu einem benachbarten Follikel gehören.

gewebe in der Subcutis zeigt deutlich die Veränderungen der Wucheratrophie mit Bildung von endogenen und Riesenzellen; stellenweise besteht auch unverkennbare Sklerose.

Das subcutane Sarkoid unterscheidet sich demnach durch sein Aussehen, seinen Umfang, seinen subcutanen Sitz und seine topographische Verteilung vom Boeckschen Sarkoid. Histologisch bildet es ursprünglich eine mehr tuberkulösähnliche Erkrankung der Subcutis; seine Veränderungen sind weniger abgegrenzt, ausgedehnter, mehr infiltrierender Natur. Aber trotz dieser offenbaren Unterschiede kann man sich dem Eindruck nicht verschliefsen, daſs man es bei beiden Formen mit verwandten Fällen zu tun hat, die zu der nämlichen Gruppe gehören und ihrem Wesen nach wahrscheinlich gleichartig sind.

Mir sind von diesem wohlcharakterisierten subcutanen Sarkoid des Rumpfes im ganzen nur drei Fälle zu Gesicht gekommen, die sich in allen Punkten glichen. Zwei davon habe ich in meiner Abhandlung (6) veröffentlicht, einen dritten, jüngern, teile ich an dieser Stelle mit:

Fall 3. — Mann von 48 Jahren, Bäcker, gesund und kräftig, stellte sich mir im Hôpital Broca am 15. Juni 1906 mit vielfachen subcutanen Tumoren der Thoraxgegend vor. Diese Tumoren bestehen nach seiner Angabe seit 14 Jahren; sie entwickelten sich ganz unmerklich, schwankten manchmal etwas in ihrer Gröfse, zeigten aber in den letzten Jahren keine Veränderung. Die Haut des Thorax ist seitlich und am Rücken in Folge grofser, harter Knoten höckerig; einzelne dieser Knoten bilden breite Herde, andere längsgerichtete knotige Stränge; sie sind völlig unempfindlich und stören auch beim Liegen kaum. Die meisten von ihnen sind zwischen der unversehrten Haut und ihrer Unterlage verschiebbar, nur einige sind etwas mit der Haut verwachsen, die dann eine Lilafärbung annimmt. Die Drüsen sind nirgends vergröfsert. Nichts deutet bei dem Manne auf tuberkulöse Infektion, auch Syphilis besteht nicht. Die Eltern sind tot, scheinen aber auch nicht tuberkulös gewesen zu sein. — Der Patient wurde sofort photographiert, hat sich dann aber jeder weiteren Untersuchung entzogen.

Ich glaube, dafs dieses Krankheitsbild gestattet, die Diagnose auf subcutanes Sarkoid zu stellen.

Die übrigen drei Fälle meiner Abhandlung sowie auch die von Thibierge und von Bord (23) bieten ein anderes klinisches Bild; bei ihnen sitzen die Neubildungen auf den Extremitäten, auch geschieht die Bildung der einzelnen Knoten nicht so langsam; ich bin daher jetzt der Ansicht, dafs sie zum Typus III gehören.

Die subcutanen Sarkoide sitzen ausschliefslich am Rumpf und sind nur bei Erwachsenen vorgekommen.

Für ihre tuberkulöse Natur spricht: 1. Das unverkennbar tuberkulöse Aussehen der Neubildungen (doch darf man darauf keinen allzugrofsen Wert legen). 2. Die Anamnese und der klinische Befund meiner beiden ersten Fälle. 3. Besonders auch die örtliche und die Allgemeinreaktion dieser beiden Patienten auf Tuberkulin. — Kochsche Bazillen wurden nicht gefunden, ebenso war die Überimpfung auf Tiere ergebnislos.

Die subcutanen Sarkoide bilden sich rasch, aber nur unvollkommen und nur vorübergehend, auf Kalomel- und Tuberkulineinspritzungen sowie auf Radiotherapie zurück; Arsenikwirkung habe ich am wenigsten beobachtet.

Typus III.

Dem Erythema induratum nahestehendes Sarkoid, oder „Sarcoides noueuses et nodulaires des membres".

Bei dieser Form handelt es sich um Knoten, umschriebene Verdickungen und Verhärtungen der Cutis und der Subcutis, die schmerzlos sind, nur selten erweichen oder geschwürig zerfallen, gewöhnlich die

Extremitäten, und zwar mit Vorliebe die Streckseiten der Arme, die Ober- und Unterschenkel in ihrem ganzen Umfang, und nur selten den Rumpf oder gar das Gesicht befallen. Diese Dermatose ist viel häufiger als die beiden andern Typen; sie wird bei jungen Leuten und bei Erwachsenen beobachtet, besonders bei Mädchen und Frauen von anscheinend guter Gesundheit.

Die Krankheitsherde erscheinen schubweise, oft ohne Wissen der Patienten, von denen sie nur zufällig entdeckt werden. Gewöhnlich tritt zuerst ein erbsen- bis haselnufsgrofser subcutaner Knoten auf, der nicht immer beweglich bleibt, sondern auch mit der Haut verwachsen kann, die dann über ihm lila, rot, violet oder schieferfarben wird. Solcher Knoten wachsen dann mehrere zu einem Haufen oder einem Indurationsherd zusammen; diese Haufen und Herde sind in der Mitte möglicherweise etwas eingesunken.

Der Verlauf ist verschieden, aber meistens ein langsamer; die Knötchenanhäufungen können Monate und selbst Jahre lang bestehen; in der Regel freilich verschwinden sie wieder nach einigen Monaten, ohne deutliche Spuren zu hinterlassen.

Diese Dermatose, die ich als „Sarcoides nodulaires et noueuses des membres" bezeichne, wird gewöhnlich mit dem Erythema induratum BAZINS (24) zusammengeworfen. Ich selber hatte sie früher dem subcutanen Sarkoid (6) zugezählt. Typisch für diese Form ist die bemerkenswerte Beobachtung von PELAGATTI (25). Auch ich habe in jüngster Zeit mehrere durchaus charakteristische Fälle gesehen:

Fall 4. — Frau P., 45 Jahre alt, Haushälterin, aufgenommen ins Hôpital BROCA am 8. Juni 1909 mit subcutanen Knoten der vier Extremitäten. Diese Patientin, die auf den ersten Blick ganz gesund erscheint, stammt aus einer tuberkulösen Familie und ist auch selber nicht frei von Tuberkulose. Ihr Vater litt mit zehn Jahren an Malum Pottii, ihre Mutter hatte Lebercirrhose mit Ascites gehabt und zwei von ihren Schwestern starben in jungen Jahren an Meningitis. Sie selber hatte, aufser Masern und Keuchhusten, mit zwei Jahren ein Augenleiden und litt vom 9. bis zum 20. Lebensjahr an geschwollenen Halsdrüsen. Aus ihrer Ehe mit einem ebenfalls tuberkulösen Mann stammen zwei Kinder, von denen eines an Rippenkaries leidet; aufserdem noch zwei Umschläge. Ihre Regeln sind seit einem Jahr ausgeblieben. Keine Syphilis. Ihr jetziges Leiden begann im Januar 1909 mit schmerzhaften Knötchen zuerst auf dem linken Arm, dann auch auf dem linken Unterschenkel und auf den andern Extremitäten. Die Zahl der Knötchen hat beständig zugenommen; sie stellen sich ohne Ödem und ohne Röte ein und sind zurzeit nur noch des nachts schmerzhaft. Bei der Aufnahme waren es ungefähr 30 Knötchen, alle auf den Extremitäten; Kopf und Rumpf sind vollkommen frei.

Diese Knötchen bestehen entweder aus einer umschriebenen, subcutanen Verhärtung, ohne Verfärbung der Haut, oder aus einer breit mit der Haut verwachsenen Verdickung. Die Haut läfst sich dann freilich über der Verdickung immer noch falten und ist stets violet oder bläulich verfärbt; über zwei bis drei solcher Knötchen zeigt die Epidermis auch leichte Abschuppung.

Von den Oberextremitäten sind namentlich die Innen- und Hinterflächen befallen; die gröfste Verdickung sitzt hier über der linken Trochlea; der Tumor ist mit der Haut verwachsen und hat die Gröfse einer grünen Mandel. Vier Verdickungen sitzen auf der Vorderfläche des linken Oberschenkels; auf den Unterschenkeln sind sie über den ganzen Umfang verteilt. Aus der untenstehenden Abbildung (Fig. 7) ist die Verteilung leicht ersichtlich.

Patientin hat aufserdem erst kürzlich an den Fingern der linken Hand einen Ausschlag von papulo-nekrotischen Tuberkuliden gehabt; man sieht noch am Ringfinger die frische Narbe eines solchen Elementes.

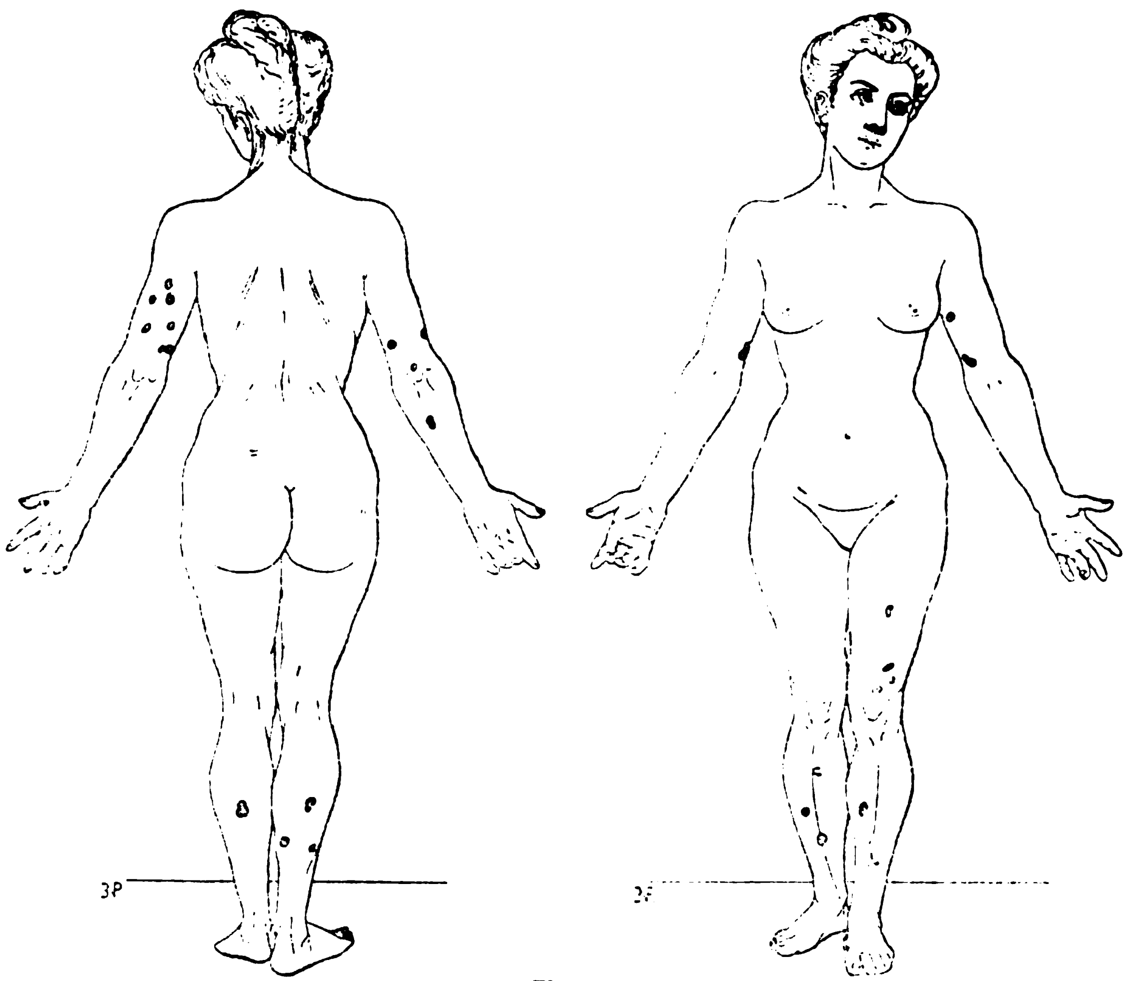


Fig. 7.
Schema der Verteilung der Sarkoiden des Typus III (Fall 4).

Die Drüsen am linken Unterkiefer, die Cervikaldrüsen, die Achsel- und Leistendrüsen beiderseits sind geschwollen und verhärtet, aber beweglich.

Auf der rechten Lungenspitze ist der Schall etwas matt, mit verstärkter Vibration; das Atmungsgeräusch etwas abgeschwächt — also Zeichen einer eben beginnenden Phthise. Herz, Gefäfse, Verdauung, Nerven, Harn- und Geschlechtsapparat sind in Ordnung.

Nach zwei Einspritzungen von Tuberkulin A, aus dem Pasteurschen Institut, von 1½ bzw. 3 dmg — die am 19. und am 26. Juni vorgenommen wurden — erfolgte nach 28, bzw. nach 34 Stunden eine Temperaturerhöhung auf 38,3 mit Allgemeinerscheinungen; die Knötchen aber reagierten nicht.

Schon vor dem Beginn dieser Einspritzungen und ohne jegliche Behandlung fingen die Verhärtungen an, an Umfang abzunehmen; eine grofse Menge von ihnen verschwanden in der Folge, die andern wurden kleiner. Am 17. Juli liefsen sich trotz sorgfältigsten Abtastens nur noch etwa zehn Knötchen nachweisen; auch diese waren nur linsengrofs, die Haut über ihnen nicht verfärbt; allerdings bildete sich an der Hinterinnenfläche des linken Unterschenkels ein neues Element. Patientin verläfst das Krankenhaus.

Am 10. Juni waren zwei Knötchen von Haselnufsgröfse entfernt worden; eines davon war für die histologische Untersuchung bestimmt, das andere wurde in physiologischer Kochsalzlösung zerrieben und einem Meerschweinchen ins Peritoneum geimpft. Das Tier blieb vollkommen gesund; bei seiner Sektion wurde keine Spur von Tuberkulose gefunden.

Die mikroskopische Untersuchung (Tafel II, Fig. 8 u. 9) ergab, dafs namentlich das subcutane Zellgewebe befallen war; doch auch die tiefen Schichten der Lederhaut beteiligten sich etwas an dem Prozefs. Von den Gefäfsen waren neben den kleinsten Arterien und Venen besonders auch die grofsen geschädigt, es handelte sich um eine durchgreifende Arteriitis und Phlebitis, von der alle drei Gefäfshäute befallen waren; die Entzündung hatte nichts Charakteristisches und führte zu einer vollkommenen Obliteration der Gefäfslichtung. Daneben bestanden kleine nekrotische Herde teils im Fettgewebe, teils in Bindegewebszügen, endlich eine Zellinfiltration, die das Fettgewebe stellenweise ersetzte und aus lymphoiden, jungen Bindegewebszellen und Riesenzellen bestand. Diese Zellinfiltration zeigt bald deutlich den Charakter der Wucheratrophie von Flemming, bald ballt sie sich zu mehr oder weniger tuberkuloiden Knötchen zusammen. Es läfst sich aber nicht mit Sicherheit entscheiden, ob man es hier mit bazillären Veränderungen zu tun hat, denn in keinem Präparat liefsen sich Kochsche Bazillen nachweisen.

Jeder kennt die klassische Beschreibung, die Bazin vom Erythema induratum gegeben hat: Rote, häufig auch violette Plaques von wechselnd tiefgehender, bis an das Unterhautzellgewebe reichender Verhärtung, die schmerzlos sind und gewöhnlich, besonders bei skrophulösen jungen Mädchen, auf den Unterschenkeln sitzen. Doch hob Bazin ausdrücklich hervor, dafs sie auch im Gesicht vorkommen.

Hardy, besonders aber Hutchinson, Colcott Fox und viele andere nach ihnen haben beobachtet, dafs das Erythema induratum teilweise erweichen und sich in Dauergeschwüre umwandeln kann. Die Ulzeration gehört so sehr zum möglichen Verlauf des Erythema induratum, dafs man ihr Auftreten nicht zur Bildung einer besonderen Varietät verwerten kann. Auch der Sitz an der äufseren, unteren Fläche des Unterschenkels hat nichts Charakteristisches, wie Bazin das selber ausgesprochen hat.

Nun ist es nichts gerade Seltenes, bei Personen mit typischem Erythema induratum der Unterschenkel auch auf den Oberschenkeln und den Armen ähnliche Knoten zu finden. Daher sind auch in den neueren Arbeiten, und namentlich in den bedeutenden Abhandlungen von Hartung und Alexander (26) und von Schidachi (27), dem ursprünglichen Typus viel weitere Grenzen gezogen.

Das Erythema induratum in dieser erweiterten Auffassung findet sich auch bei Kindern und Greisen, aber fünfmal häufiger beim weiblichen Geschlecht. Es kann überall sitzen, auch im Gesicht und am Rumpf. Es kann nach verschiedenen Richtungen vom Typus abweichen, indem z. B. die Haut nirgends verfärbt ist, oder indem die Knötchen strang- oder kranzförmig zu Plaques und Tumoren angeordnet sind, oder indem es sogar einen exzentrischen Verlauf mit zentraler Rückbildung zeigt.

Die pathologische Anatomie des Erythema induratum liefert keine übereinstimmenden Bilder, einerlei, ob es sich um die typische Form Bazins oder um atypische Formen, um disseminierte Knötchen z. B., handelt. Es läfst sich aber nicht entscheiden, ob das Alter der Herde, ihr Sitz, ihre Verteilung, nicht einmal, was doch sehr wichtig wäre, ob die Ätiologie an der Verschiedenheit der mikroskopischen Bilder schuld trägt.

Befallen sind namentlich die Subcutis und die tiefern Lagen der Cutis. Die Veränderungen bestehen bald in Nestern von zelligen Infiltrationen, an denen sich Lymphocyten, Epithelioide und schöne Riesenzellen beteiligen, so dass mehr weniger echte tuberkulöse Follikel entstehen, die längs den interlobulären Strängen des Fettgewebes aufgestellt sind; diese interlobulären Stränge selber sind chronisch entzündet, auch die Gefäfse sind verändert, teilweise obliteriert oder ganz zerstört; — bald sind nur subakute Entzündung der Bindegewebsbalken und des Fettgewebes nebst Veränderungen der Gefäfse vorhanden, nichts aber, was an Tuberkulose erinnerte. In beiden Fällen findet man aufserdem, man kann wohl sagen, regelmäfsig, Wucheratrophie des Fettgewebes in schwankendem Umfang, und fast beständig Nekroseherde, z. B. an den Stellen des Fettgewebes, die vorher entzündet waren. — Doch gibt es zwischen diesen beiden Befunden, dem tuberkuloiden und dem nicht tuberkuloiden, alle erdenkbaren Übergänge. (Vgl. Tafel II, Fig. 8 u. 9 und Tafel III, Fig. 10.)

Das Wesen dieser dem Erythema induratum so ähnlichen Sarkoide ist vielfach erörtert und sehr fraglich. Sicher ist, dafs sie zum grofsen Teil tuberkulöser Natur sind und sogar Kochsche Bazillen beherbergen. Abgesehen davon, dafs sie mit Tuberkulose der inneren Organe, der Drüsen, der Haut, mit Tuberkuliden, wie papulo-nekrotischen T., Lichen scrophulosorum usw. zusammentreffen, und dafs ihr histologischer Charakter für Tuberkulose spricht, gibt es auch noch direktere Beweise. Ich erinnere daran, dafs Mantegazza (28), Söllner (29), Jadassohn (30), Harttung und Alexander (26) in ihren Fällen dieses Sarkoids eine typische Tuberkulinreaktion beobachtet haben; dafs Carle (31), Thibierge und Ravaut (32), Fox (33) und anderen Übertragungen auf Tiere geglückt sind, und dafs Philippson (34) sogar einmal Bazillen gefunden hat, und zwar gerade in einem Fall, der wenig tuberkuloid aussah.

Allerdings mufs man auch die negativen Befunde berücksichtigen, falls man es nicht vorzieht dafür die Ungenauigkeit der Untersuchung und andere Zufälligkeiten verantwortlich zu machen. Anamnestische Angaben über Tuberkulose im Vorleben des Patienten und seiner Familie fehlen manchmal gänzlich, so in dem Fall von Français (35). Immerhin ist es noch keineswegs ausgemacht, dafs jedes dem Erythema induratum ähnliche Sarkoid tuberkulöser Natur sei.

Verschiedene, wenig überzeugende Versuche sind auch, namentlich von Besnier, Whitfield (36), W. Pick (37) und anderen, unternommen worden, um neben dem Erythema induratum tuberculosum eine andere Gruppe als Erythema nodosum chronicum s. perstans aufzustellen, zu der dann auch das Erythema elevatum diutinum von R. Crocker (38) gehören mag.

Für das gewöhnliche Erythema nodosum sind bekanntlich, wie das schon Bazin hervorgehoben hat, die akute entzündliche Natur der Knötchen, ihre Empfindlichkeit auf Druck und ihre kurze Dauer von im Durchschnitt 15—20 Tagen charakteristisch. Es kommen allerdings auch länger dauernde Fälle vor, bei denen diese Eigenschaften nicht so ausgesprochen sind.

Man darf aber auch nicht aufser Acht lassen, dafs eine gröfsere Reihe von Forschern, so Uffelmann, der bei Wolff (39) angeführt ist, Oehme, Bäumler, Veiel, Hildebrandt, Landouzy und andere, an eine mögliche Verwandschaft zwischen dem Erythema nodosum und der Tuberkulose denken. Auch ist es durch neuere Beobachtungen von Chauffard und J. Troisier (40), von Thibierge und Gastinel (41) erwiesen, dafs bei Patienten, die schon an Erythema nodosum gelitten hatten, einzelne Elemente dieser Krankheit durch intra cutane Reize, so namentlich durch Intracutanreaktion auf Tuberkulin, hervorgerufen werden können.

Die mikroskopische Untersuchung trägt zur Lösung der Frage nichts bei; sie ermöglicht nicht, zu entscheiden, ob ein Knötchen, das klinisch wie Erythema nodosum aussieht, tuberkulös sei oder nicht. Die Veränderungen, die das Erythema nodosum setzt, sind bei den verschiedenen Fällen verschieden und wechseln auch mit dem Alter des Herdes. Zum Beleg für diese Behauptung bringe ich hier zwei Fälle eigener Beobachtung; auch Philippson und Jadassohn haben ähnliche Krankengeschichten mitgeteilt.

Fall 5. — Frau von 37 Jahren, Krankenwärterin, nicht syphilitisch, mit deutlichen Symptomen von Lungenschwindsucht ersten Grades. Sie hatte mehrere Anfälle von akutem Gelenkrheumatismus durchgemacht und zwei Monate vor ihrer Aufnahme ein Erythema polymorphum beider Hände und Beine gehabt. Hier kam sie wegen eines erneuten Anfalls des Erythems zur Aufnahme. Sie klagte über rheumatoide Schmerzen und hatte charakteristische linsen- und münzenförmige Papeln

auf den Händen, daneben aber auch vier bis fünf undeutlich abgegrenzte flache Knoten von Rosafärbung auf den Ober- und Unterschenkeln. Von diesen wurde einer für die mikroskopische Untersuchung ausgeschnitten. Die Intracutanreaktion auf Tuberkulin fiel positiv aus; nach 48 Stunden fand man auf dem induriertem Grunde eine Rötung von dem Umfang eines 50 Centimestückes.

Wenn es überhaupt ein Erythema nodosum tuberculosum gibt, so ist es wahrscheinlich, daſs dieser Fall dazu gehört, trotzdem die Knötchen innerhalb einer Woche verschwunden waren. Das Mikroskop zeigte die Cutis in einem akuten, entzündlichen Zustand; in der Subcutis bestanden Ödem, Hypertrophie der Bindegewebszellen, mäſsiges Infiltrat von Lymphocyten und ein reichliches von Polynukleären. Keine groben Verletzungen der Gefäſse; nur ihre Adventitia ist von Lymph- und Plasmazellen infiltriert. Stellenweise findet sich etwas Wucheratrophie, aber weder tuberkuloides Gewebe noch nekrotische Herde.

Fall 6. — Frau von 32 Jahren. Wahrscheinlich seit einem Jahr syphilitisch; hatte zwei Hg-Einspritzungen bekommen und nahm Sirop de Gibert. Kein Verdacht auf Tuberkulose. Erkrankt genau drei Wochen vor Aufnahme auf meine Abteilung an typischem Erythema nodosum beider Unterschenkel. Die Dermatose klingt schon wieder ab, die rheumatoiden Schmerzen lassen nach, die Knötchen haben eine bläuliche Farbe, einzelne schillern sogar ins gelbliche. Das jüngste Knötchen, das aber mindestens schon 12—15 Tage alt ist, wird ausgeschnitten; es ragt leicht über die Haut hervor, ist in seiner Mitte gelblich, sonst bläulich, und von einem rosafarbenen Hof umgeben. Nach zehn Tagen war der Ausschlag ohne jede Behandlung völlig verschwunden; auf Tuberkulinreaktion war nicht untersucht worden.

Die Präparate (Tafel III, Fig. 11) lassen erkennen, daſs die Subcutis der Sitz des Prozesses ist. Es bestehen Endo- und Perivasculitis, einzelne Gefäſse sind fast ganz obliteriert. Keine nekrotischen Herde. In den interlobulären Gewebszügen und den Zellzwischenräumen der Fettläppchen subakute Entzündungserscheinungen, nämlich Haufen von Lymphocyten und jungen Bindegewebszellen, unter denen man nur sehr wenige Polynukleäre, aber etwas gröſsere Mengen von epithelioiden und schönen Riesenzellen findet. Typische tuberkulöse Follikel fehlen zwar, doch besitzen diese Entzündungsherde in hohem Maſse den Charakter von tuberkuloidem Gewebe.

Als Schluſs dieser Betrachtungen ergibt sich, daſs wir zurzeit nicht immer imstande sind, das Erythema nodosum klinisch und histologisch vom Erythema induratum abzugrenzen. Einzelne Fälle des Erythema nodosum mögen ferner tuberkulöser Natur sein, aber sicher sind es nicht alle. Endlich läſst sich auch nicht behaupten, daſs jeder Ausschlag, der dem Erythema induratum gleicht, eine Hauttuberkulose ist. Es scheint mir daher durchaus notwendig, die Krankheitsgruppe, von der hier die Rede ist, als eine besondere Varietät der Sarkoide beizubehalten.

Schwierigkeit macht es aber auch, das Sarkoid nodulare disseminatum von manchen Knötchen syphilitischer Natur zu unterscheiden; manche späte Syphilide haben ja in der Tat einen durchaus tuberkuloiden Bau. Ich kenne einen Fall von Philippson, bei dem die histologische Übereinstimmung mit dem subcutanen Sarkoid fast vollkommen war. Auch die Lepra, die verschiedenen Mykosen usw. können differential-diagnostische Schwierigkeiten machen.

Die Sarkoide tuberkulöser Natur, aber vom Typus des Erythema induratum, sind nur in typischen Fällen individualisiert; sonst nähern sie sich durch unmerkliche Übergänge:

1. den Boeckschen Sarkoiden (besonders in ihrer infiltrierten Form), die von vornherein in der Cutis sitzen;

2. den Sarkoiden von Darier-Roussy, die aber gröfser sind, chronischer verlaufen und nur den Stamm befallen;

3. dem Skrophuloderma (skrophulo-tuberkulösen Gummata). Diese sind nicht immer lymphangitisch, erweichen manchmal erst sehr spät, und können sogar resorbiert werden.

Diese nahe Verwandtschaft zwischen dem disseminierten, nodularen Sarkoid, Typus Erythema induratum und dem tuberkulösen Gumma erhellt besonders deutlich aus zwei Beobachtungen von Jadassohn und Kraus.

Der Fall von Jadassohn (42) betrifft eine anscheinend nicht tuberkulöse Frau, bei der subcutane harte Knötchen von tuberkuloidem Bau auftraten. Diese Knötchen öffneten sich nach aufsen. Mit ihrem ausgekratzten Inhalt gelang es, ein Meerschweinchen tuberkulös zu machen.

Die Beobachtung von Kraus (43) ist überschrieben: Über multiple, in Knotenform auftretende, primäre Zellgewebstuberkulose der Haut. Bei ihr handelt es sich um ein kleines Mädchen von 12 Jahren, die an Lupus der Nase, an tuberkulösen Gummata der Füfse, Halsdrüsenschwellungen und wahrscheinlich auch an Lungenschwindsucht litt. Diese Kranke hatte auf dem Körper, den Extremitäten und im Gesicht subcutane, etwa haselnufsgrofse, unempfindliche Knötchen, die unverändert blieben, weder erweichten noch ulcerierten. Diese Knötchen waren aber durchaus tuberkulös gebaut, reagierten auf Tuberkulin, enthielten Bazillen und waren für Meerschweinchen infektiös.

Wie hätte man diese Fälle unterbringen sollen, wenn nicht die Beobachter im richtigen Zeitpunkt und in umsichtiger Weise untersucht und ihre tuberkulöse Natur nachgewiesen hätten?

Schliefslich scheint es aufser Zweifel, dafs der Unterschied zwischen den bazillenhaltigen tuberkulösen Gummata und den nicht erweichten, subcutanen Gummata oder Knötchen, die man Erythema induratum oder noduläres Sarkoid nennt, die einen tuberkulösen Bau haben, ohne dafs man Tuberkelbazillen in ihnen entdecken kann, — nur in dem Grad der Virulenz oder in dem Reichtum an Bazillen besteht, genau so, wie sich auch tuberkulöse und tuberkulide Neubildungen im allgemeinen auf diese Weise unterscheiden.

Typus IV.

Sarkoide nach dem Typus Spiegler-Fendt.

(Sarkoide mit runden Zellen und nicht tuberkuloidem Gewebe, verwandt mit den neoplastischen Lymphodermien.)

Darf man zu den Sarkoiden eine Gruppe von Fällen rechnen, die im Grunde ganz von ihnen verschieden sind, die aber diesen Namen er-

halten haben, weil sie „trotz einiger Ähnlichkeiten mit den Sarkomen von diesen dennoch klinisch und anatomisch wesentlich abweichen?“ Freilich unterscheiden sie sich auch, wie ich hervorheben muſs, von allen Sarkoiden, die ich gesehen habe, durch ihren Bau, der nicht dem des tuberkuloiden Granuloms entspricht.

Ich halte die Erörterung der Frage an dieser Stelle für angebracht, da die in Frage stehenden Neubildungen die ersten waren, die Sarkoide genannt wurden. Später wird dann ihr Zusammenhang mit den lymphatischen Neubildungen der Haut oder den neoplastischen Lymphodermien nachzuweisen sein.

Bei den Sarkoiden von Spiegler (besonders beim Fall 1 seiner Arbeit) (2) und von Fendt (4) handelt es sich um multiple Tumoren in tiefen Schichten der Haut, die bis in die Cutis dringen; die Haut wird rosa, lila, bis dunkelrot; die Tumoren bilden flache oder hervorragende Knoten von oft über Nuſsgröſse; die Knoten können sich zu gröſseren Flächen vereinigen.

Diese Neubildungen entwickeln sich hauptsächlich am Körper, sind mehr oder weniger fest, unempfindlich, ulcerieren nicht regelmäſsig und können sich unter Arsen zurückbilden, vielleicht sogar ausheilen. Die Drüsen bleiben unbeteiligt. Der Verlauf ist bald schnell, bald langsam. Ein Fall von Spiegler führte unter Metastasenbildung zu Marasmus und verlief tödlich. Fendt dagegen stellt eine günstige Prognose und meint, daſs es sich bei den Fällen von geheiltem Sarkom, wie Köbner (44), Pospelow (45), Touton (46), Tandler (47) und andere sie veröffentlicht haben, um diese Sarkoidform handelte.

Histologisch bestehen diese Neubildungen aus Haufen und Streifen von Rundzellen, die in das cutane und subcutane Gewebe eingebettet und mehr oder weniger abgegrenzt, zuweilen sogar eingekapselt sind (Fendt). Die Zellen sind entweder kleine oder groſse Rundzellen; epithelioide und Riesenzellen von tuberkuloidem Charakter fehlen fast ganz oder sind nur sehr spärlich vorhanden. Das Blut ist leider nie untersucht worden.

Welche Bedeutung kommt nun diesen Fällen zu, die keineswegs selten sind und uns jedesmal zu raten aufgeben? Um diese Frage zu beantworten, tun wir, glaube ich, am besten, wenn wir die Fälle mit ähnlichen Formen, und zwar zuerst mit den Sarkomen vergleichen.

Freilich gibt es keine Definition, die für alle Fälle des Sarkoms gleichmäſsig paſste. Man kann nur mit Pawloff (48) sagen, daſs es eine Neubildung bindegewebiger Natur darstelle, die mehr oder weniger bösartig ist, d. h., die die Neigung hat, sich zu vervielfältigen (Sarkomatosenbildung), wiederzukehren, wenn sie entfernt ist, und die inneren Organe zu befallen (Metastasenbildung), die aber doch zuweilen sich zurückbilden und verschwinden kann. Die Sarkome bestehen aus jungen Rund- oder

Spindelzellen, die sich zu homogenen Massen zusammenfügen und das gesunde Gewebe eher verdrängen als infiltrieren. In den Maschen dieses Gewebes findet man neugeformte Gefäfse, deren Wände aus neoplastischem Gewebe gebildet sind. Das Blut ist nicht verändert.

Man darf aber nicht vergessen, dafs alle rundzelligen Sarkome, wie schon Unna (49) bemerkt hat, Polynukleäre und Riesenzellen in wechselnder Menge enthalten, daneben zuweilen auch einzelne epithelioide Zellen; aber alle diese Zellformen sind nur in bescheidener Anzahl vertreten. Das Unnasche Riesenzellensarkom kann bis zu einem gewissen Grade in seinem Bau dem infektiösen Granulom gleichen.

Ganz getrennt von diesen Sarkomen ist die subcutane Sarkomatose nach Perrin (50) abzuhandeln. Bei ihr handelt es sich um anfangs ganz kleine Unterhautgeschwülste, die höchstens Wallnufsgröfse erreichen können, die in die Cutis hinaufwachsen und sie rot und violett färben. Sie ulcerieren nur selten, pflegen sich aber bis zu mehreren Hunderten zu vermehren. Sie sitzen namentlich am Stamm und am Ursprung der Extremitäten. Diese im allgemeinen seltene Form befällt noch am ehesten Leute im Alter von 50—60 Jahren; sie greift auf die inneren Organe über und verläuft in 12—15 Monaten tödlich. Die Geschwülste bestehen aus kleinen oder mittelgrofsen Rundzellen, sind zuweilen vielkernig und zu grofsen ovoiden Lappen oder zu flachen Schichten angesammelt, die durch Bindegewebszüge mit embryonalen Gefäfsen voneinander getrennt sind.

Diese Form hat manche Ähnlichkeit mit den Sarkoiden von Spiegler-Fendt, unterscheidet sich von ihnen aber durch ihre Bösartigkeit.

In einem lesenswerten Aufsatz hat J. C. Johnston aus New York (51) versucht, die Gruppe der Sarkome und ähnlicher Tumoren in drei Klassen zu teilen: Sarkom fibroblasticum, Lymphoidzellensarkom und Sarkoid; aber diesem letztgenannten Begriff gibt er einen fast ebenso weiten Umfang wie Kaposi.

Über den Begriff Lymphosarkom sind die Meinungen noch nicht einig. Ich verstehe darunter (52) jene bösartigen Tumoren, die Billroth als alveoläres Sarkom, Cornil, Ranvier und Malassez als Carcinoma reticulatum bezeichnen. Diese Geschwülste sind gar nicht selten, nehmen ihren Ursprung in den Drüsen, den drüsenartigen Organen, oder auch auf der Haut. Das Lymphosarkom kommt bei jungen Leuten und bei Erwachsenen vor und entwickelt sich gern um die natürlichen Hautöffnungen. Es beginnt in der Cutis mit einem kleinen, harten rosafarbenen Knoten, der zu einer eiförmigen Masse oder zu einer gröfseren Fläche anwächst. Dann wird er oft geschwürig; andere Knoten erscheinen in grofser Menge; die Drüsen schwellen an und erreichen frühzeitig eine gewaltige Hypertrophie; schliefslich erkranken auch die inneren Organe und der Tod macht allem ein Ende. Histologisch haben wir es mit äufserst poly-

morphen Zellen von allen Gröſsen zu tun; einzelne sind ganz ungeheuer groſs und enthalten zahlreiche Kerne; sie liegen in einem eng- oder breitmaschigen Bindegewebsnetz. Sie sind demnach sowohl klinisch wie histologisch gründlich von dem Sarkoid verschieden.

Die Leukämie und Pseudoleukämie können unter dem Bilde zahlreicher Geschwülste auftreten, die wechselnd groſs sind, oft rot oder violett gefärbt, bald weich und bald hart. Anfangs sitzen sie mehr in der Tiefe, heben aber allmählich die Haut in die Höhe; diese wird glatt, aber nur selten geschwürig. Die Neubildungen bestehen ausschlieſslich aus kleinen einkernigen Zellen: es sind das typische Lymphocyten bei der gewöhnlichen Form, wie sie Bisiadecki (53), Nékam (54) und Nikolau (55) beschrieben haben; es sind mononukleäre Leukocyten oder Makrolymphocyten bei der Leukosarkomatose von Sternberg (56), Wolff (57), Paltauf (58) usw. Die Zellen infiltrieren das cutane und das subcutane Gewebe, besonders rings um die Gefäſse, Drüsen und Follikel herum, und bilden stellenweise zusammenhängende Haufen, innerhalb deren das Grundgewebe in ein adenoides Gewebe umgewandelt ist. Es besteht gar keine Neigung zur fibrösen Entwicklung oder zur regressiven Entartung. Zum Zweck der Diagnose ist stets eine Blutuntersuchung notwendig; man findet absolute Lymphocytose bei der Leukämie, relative Lymphocytose bei der Pseudoleukämie, endlich eine durch Makrolymphocyten bedingte Leukämie bei der Leukosarkomatose. Die Haut der Patienten ist blaſs und wächsern, bisweilen auch pigmentiert; die lymphatischen Organe, besonders die Drüsen und die Milz sind geschwollen.

Welche Stelle in der Nosologie wir der Lymphogranulomatose der Cutis von Longcope (59), Grosz (60) und Paltauf (58) anweisen sollen, wüſste ich nicht zu sagen. Bei dieser Dermatose, die bei jungen und erwachsenen Leuten vorkommt, bilden sich in der Cutis braunrote, harte Tumoren, die später erweichen; Drüsen, Milz und Leber schwellen gleichzeitig sehr an, und die Kranken gehen marastisch zugrunde. Im Blut findet man nur eine mäſsige Polynukleose oder Eosinophilie. Die histologische Veränderung besteht bei den Hauttumoren sowohl wie bei den übrigen Organen in einer Zellinfiltration: Lymphocyten, junge Bindegewebszellen, Plasmazellen und mehrkernige Zellen finden sich in einem adenoiden Netz eingebettet. Die Tumoren haben demnach den Charakter von infektiösen Granulomen.

Auſserdem sind noch mehr oder minder ähnliche Krankheitsbilder veröffentlicht worden, so von Krysztalowicz (61) und anderen.

An dieser Stelle müssen wir auch einen Blick auf die Mykosis fungoides von Alibert oder das Granuloma fungoides wenden. Es ist bekannt, daſs hier die Tumoren auch ohne ein vorhergehendes Stadium praemycosicum auftreten können; Vidal und Brocq haben diese

„Forme à tumeurs d'emblée“ beschrieben. Die Tumoren der Mykosis fungoides sind nahezu spezifisch; ihr Bau besteht aus einem Infiltrat, das anfänglich um die Gefäfse und Drüsen lokalisiert ist, sich später aber ausbreitet; das Infiltrat wird von polymorphen, in ein adenoides Netz eingebetteten Elementen gebildet; unter diesen Elementen fallen besonders grofse und kleine Lymphocyten und Bindegewebszellen auf, auch einige Polynukleäre und mehrkernige Zellen neben verschieden zahlreichen Plasmazellen, Mastzellen, Pigmentzellen und einzelnen Eosinophilen. Das Blut bewahrt, im Gegensatz zu seinem Verhalten bei der Leukämie, häufig eine fast normale Zusammensetzung und wird nur langsam und in geringem Grade lymphocytämisch und eosinophil.

Im ganzen sind die Fälle, die zum Typus IV der Sarkoide gehören, wenig charakteristisch. Da es sich bei dieser Gruppe aber nur um eine vorläufige Einteilung handelt, so könnte man zu Willkürlichkeiten versucht sein, ihr sogar atypische Sarkome zuweisen, wie die PERRINsche Form, Lymphosarkome, atypische Pseudoleukämien usw. Solches Vorgehen könnte ich aber nicht billigen. Ich hielte es im Gegenteil für sehr verkehrt, wenn man in diese Gruppe alle zweifelhaften und unklassifizierbaren Fälle hineinstopfen wollte.

Die Natur der Sarkoide.

Mustert man diese vier Typen des Sarkoids mit kritischem Blick, so erkennt man, dafs die beiden ersten und viele Fälle des dritten höchstwahrscheinlich zur Tuberkulose in Beziehung stehen. Denn 1. finden sich neben dem Sarkoid häufig auch Tuberkulide oder sonstige tuberkulöse Symptome. 2. Die Sarkoide sind oft deutlich tuberkuloid gebaut. 3. Einzelne Fälle stellen direkt Übergangsformen zwischen dem Sarkoid und der Hauttuberkulose dar. 4. Sie reagieren häufig auf Tuberkulin.

Die Bedeutung des tuberkuloiden Baues der Sarkoide soll man nicht zu hoch anschlagen und nicht unterschätzen. Dieser Bau hat zuerst an die Verwandtschaft zwischen unseren Neubildungen und der Tuberkulose denken lassen. Wir wissen aber heute zweierlei: Erstens, dafs der tuberkuloide Bau mit typischen, aus epithelioiden, Riesen- und Plasmazellen und Lymphocyten zusammengesetzten Follikeln auch sonstwo vorkommt, z. B. bei der Syphilis, wie PHILIPPSON, MARC MARKUSE, FINGER, NICOLAS u. a. nachgewiesen haben; und dafs man auch bei der Lepra und besonders bei manchen Mykosen, wie z. B. der Sporotrichose, durchaus typische tuberkulöse Follikel beobachtet. Und wir wissen zweitens, dafs die Tuberkulose nicht nur tuberkuloide Veränderungen hervorbringt, sondern dafs sie auch, auf experimentellem Wege sogar, nicht-follikuläre, ganz atypische oder entzündliche Neubildungen schafft, wie das in Frankreich PONCET, GOUGEROT u. a. betont haben.

Wir müssen uns also daran gewöhnen, den Einfluſs des Kochschen Bacillus auch da zu vermuten, wo der Bau der Neubildung ihn nicht ahnen läſst. Auſserdem ist es uns ja schon längst nicht mehr unbekannt, daſs die Tuberkulide und abgeschwächten Tuberkulosen der Haut zwei Formen annehmen können, die ich (62) Typus A und Typus B genannt habe. Später ist mir und meinem Schüler Brissy (63) auch der Nachweis gelungen, daſs das papulonekrotische Tuberkulid in seinem histologischen Bau nacheinander erst den einen und dann den anderen Typus aufweisen kann.

Wenn nun aber auch der tuberkuloide Bau der Sarkoide unserer drei ersten Typen nur eine schwache Beweiskraft für ihre tuberkulöse Natur besitzt, so darf man nun doch nicht umgekehrt aus seinem Fehlen folgern, daſs Sarkoide, die wie ein Erythema nodosum perstans ausschauen, oder Sarkoide des vierten Typus, sicher nicht tuberkulös seien.

So können wir denn schlieſslich behaupten: alle Sarkoide sind derartig gebaut, daſs man sie als infektiöse Granulome bezeichnen kann. Eine Reihe von Umständen macht es wahrscheinlich, daſs die Sarkoide der drei ersten Typen Tuberkulide sind; möglicherweise trifft das auch für eine Anzahl des vierten Typus zu. Jedenfalls gebührt es sich, von jetzt an bis auf weiteres, der Klasse der Tuberkuliden auch die Gruppe der Sarkoiden einzureihen.

Tierversuche. Wenn es gelänge, sich auf experimentellem Wege über die Natur der Sarkoide Gewiſsheit zu holen, so würde jede weitere logische Beweisführung überflüssig sein. Ich habe daher wiederholt versucht, auf experimentellem Wege weiter zu kommen.

Zuerst habe ich Tieren tote Bazillen oder Bazillenextrakte eingespritzt, um bei ihnen Sarkoide zu erzeugen. Diese Versuche, die ich gemeinsam mit G. Roussy unternahm, und über die ich ausführlich auf dem Berliner Kongreſs (1904) und in einer besonderen Abhandlung 1906 (6) berichtete, haben nur sehr zweifelhafte Ergebnisse gehabt.

Dann habe ich die Versuche wieder gemeinsam mit meinem Assistenten Dr. Civatte, dem ich auch an dieser Stelle für seine wertvolle Mitarbeit bestens danke, aufgenommen. Diesmal spritzten wir zuerst verschiedenen Tieren, namentlich Kaninchen, subcutan und intracutan aseptische Fremdstoffe ein. Zur Verwendung kamen Kaolin oder Zinober in physiologischer Kochsalzlösung oder in Vaselinöl suspendiert, eine Emulsion von Lanolin oder Amylum, rohe oder gekochte Getreide- und Reisstärke. Die auf diese Weise durch das Trauma und den mechanischen Reiz erzeugten Veränderungen glichen aber niemals einem Sarkoid. Wohl stieſs man hier und da in den Präparaten auf Gewebsinselchen, die einen ähnlichen

Bau aufwiesen, wie die Abbildungen, die dieser Arbeit beigegeben sind; aber diese Inselchen befanden sich allemal in der Umgebung eines zweifellos akut entzündlichen Gewebes. Der Reiz war also offenbar viel zu stark.

Nun versuchten wir es mit biochemischen Reizmitteln, durch deren Einwirkung ja, wie wir annehmen müssen, die klinischen Fälle zustande kommen; und zwar schlugen wir einen Weg ein, der meinem Verfahren von 1904—1905 gewissermaſsen entgegengesetzt war. Hatte ich mich damals, um die Modebezeichnung zu gebrauchen, an das tuberkulöse Antigen gehalten, so bedienten wir uns diesmal der tuberkulösen Antikörper. Diese Antikörper spritzten wir Tieren ein, die unserer Meinung nach das Antigen entweder schon besaſsen, oder denen wir es vorher einverleibt hatten.

Wir verwandten zu unserem Zweck Serum eines tuberkulisierten Pferdes, das uns Herr Prof. VALLÉE von ALFORT liebenswürdigerweise zur Verfügung gestellt hatte. Durch die WASSERMANNsche Reaktion überzeugten wir uns, daſs dieses Serum Antikörper enthielt, die imstande waren, sich mit dem Tuberkulin zu vereinigen und das Komplement abzulenken. Dieses Serum wurde, unter Beobachtung der Technik, wie sie bei der Tuberkulineinspritzung zu Reaktionszwecken üblich ist, drei Reihen von Tieren eingespritzt:

1. Meerschweinchen und Ratten, die vier Wochen vorher mit dem Auswurf von Schwindsüchtigen geimpft waren. Die Meerschweinchen hatten tuberkulöse Geschwüre und geschwollene Drüsen; die Ratten schienen nicht infiziert zu sein.

2. Meerschweinchen und Ratten, denen wir eine halbe Stunde vorher 0,01—0,02 cg KOCHsches Tuberkulin A eingespritzt hatten.

3. Meerschweinchen und Ratten, die wie Nr. 1 vorbereitet waren, denen aber gleichzeitig mit der Einimpfung des Serum KOCHsches Tuberkulin eingespritzt wurde.

Zur Kontrolle wurden unsere Tiere gleichzeitig intracutan mit normalem Pferdeserum geimpft.

Gruppe 2 und 3 wiesen keinerlei Einwirkungen auf; ebenso verliefen die Versuche bei den Ratten der Gruppe 1 ergebnislos; nur die Meerschweinchen dieser Gruppe reagierten auf jede Einspritzung mit Knötchenbildung. Von Anaphylaxie konnte hierbei aber nicht die Rede sein, denn die Einspritzung mit normalem Pferdeserum verlief immer reaktionslos.

Diese experimentell erzeugten dermo-hypodermalen Knötchen der Meerschweinchen blieben immer nur fünf bis sechs Tage bestehen; hernach waren sie nicht mehr zu palpieren; auch lieſs sich dann unterm Mikroskop an der Stelle ihres ehemaligen Sitzes nichts Abnormes mehr nachweisen.

Dagegen zeigte ein Knötchen, das zwei Tage nach der Impfung ausgeschnitten und untersucht wurde, Veränderungen, die man bis zu einem gewissen Grade wohl für sarkoider Natur erklären konnte.

Diese Veränderungen safsen in der Subcutis und bestanden in einer subakuten, entzündlichen Infiltration der interlobulären Bindegewebsbalken und der Fettläppchen selber. Das Infiltrat bestand aus jungen Bindegewebszellen mit Leukocyten — davon einige Lymphocyten, die meisten polynukleäre Leukocyten — und epithelioiden Zellen; auch fanden sich alle Übergangsformen zwischen diesen und schönen Riesenzellen. Wohl abgegrenzte tuberkulöse Follikel waren nicht vorhanden. Von den Gefäfsen wiesen nur die kleinen Venen Zellinfiltration der Adventitia auf, aber weder Thrombose noch Obliteration. Rings um die Knötchen deutliche Wucheratrophie.

Es ist uns also durch unsere Versuchsanordnung gelungen, eine Neubildung zu erzeugen, die histologisch sich kaum vom Sarkoid unterscheidet, die aber klinisch nur einen vorübergehenden Bestand hat und sich rasch zurückbildet.

Schlufssätze.

Es ist bis auf weiteres unerläfslich, die Gruppe der Sarkoide unter den Hautkrankheiten beizubehalten.

In diese Gruppe gehört eine ganze Reihe Bindegewebsneubildungen unbestimmter Natur, die aber, trotz äufserer Ähnlichkeiten, keine Sarkome sind. Klinisch erscheinen die Sarkoide als Haut- und Unterhauttumoren. Meistens sind ihrer mehrere vorhanden; sie sind schmerzlos, haben einen langsamen, chronischen Verlauf, werden nie besonders grofs, haben keine Neigung zum Erweichen oder zum Ulcerieren, sind insofern gutartig, als sie nach künstlicher Entfernung nicht wieder wachsen, auch keine Metastasen in den inneren Organen bilden und das Allgemeinbefinden nicht merklich beeinflussen. Das Blut behält seine normale Zusammensetzung und die lymphatischen Organe, besonders die Drüsen, können unbeteiligt bleiben.

In der Regel bilden sich die Sarkoide zurück; auch Heilungen durch Arsen, Kalomel, Tuberkulin usw. sind öfters beobachtet.

Anatomisch kennzeichnet sich das Sarkoid durch Zellhaufen oder Infiltrate, die in dem Balkenwerk der Cutis oder Subcutis eingebettet sind. Beim Sarkom dagegen bilden die Zellen zusammenhängende und homogene Massen.

Die dieser Definition entsprechenden Dermatosen sind zahlreich und bilden unter sich eine leidlich zusammenhängende Reihe, so dafs es schwer ist, bestimmte Typen abzugrenzen. Doch kann man, zur besseren Übersicht, folgende vier Typen aufstellen, die aber durch zahlreiche Übergangsformen miteinander im Zusammenhang bleiben:

Typus I. Hautsarkoide nach Boeck oder miliare Lupoide. Davon drei Varietäten: Papulöse, tuberöse und infiltrierte Form.

Typus II. Subcutane Sarkoide nach Darier-Roussy.

Typus III. Sarkoide, die dem Erythema induratum verwandt sind oder „Sarcoides noueuses et nodulaires des membres“.

Typus IV. Sarkoide nach SPIEGLER-FENDT. Nicht tuberkuloide Sarkoide mit Rundzellen, die den neoplastischen Lymphodermien nahestehen.

Die Sarkoide der drei ersten Typen scheinen größtenteils Beziehungen zur Tuberkulose zu haben, so daß man berechtigt ist, sie zu den Tuberkuliden zu zählen.

Die Sarkoide des Typus IV sind wahrscheinlich infektiöser, vielleicht gar tuberkulöser Natur; in Wirklichkeit aber sind sie ganz rätselhaft. Bei den Fällen dieser Gruppe bedarf es noch einer gründlichen Untersuchung, inwieweit sie zu bekannten und unbekannten Infektienen einerseits, und zu den Krankheiten der blutbereitenden und der lymphatischen Organe andererseits, Beziehungen haben.

Erklärung der Tafelabbildungen.

Tafel I.

Fig. 3. **Boecksches Sarkoid.** (Kleinknotige Form.) Vergrößerung 48 : 1. Färbung: S. Orcein - pol. Methylenblau. (Die Beschreibung ist dem Texte zu entnehmen.)

Tafel II.

Fig. 8. Schnitt durch ein **Sarkoid des Typus III**; unterer Teil der Neubildung. (Fall 4). Vergrößerung 18 : 1. Färbung: S. Orcein - pol. Methylenblau.

a. = Gesunde Haut über dem Knoten.
t. t. = Tuberkuloides Gewebe.
n. n. n. n. = Nekrotische Herde.
v. v. = Blutgefäße mit Endo- und Perivasculitis.

Fig. 9. **Dasselbe Sarkoid.** Einzelheiten eines Teils der nämlichen Neubildung. Vergrößerung 75 : 1.

t. = Tuberkuloides Follikel.
v. v. v. = Blutgefäße (wahrscheinlich Venen) mit Endo- und Perivasculitis obliterans.
x. x. = Riesenzellen, Wucheratrophie.

Tafel III.

Fig. 10. **Sarkoid des Typus III.** Teil eines subcutanen Knotens. Vergrößerung 28 : 1. Färbung: S. Orcein - pol. Methylenblau.

t. t. = Tuberkuloides Gewebe.
n. n. n. n. = Nekrotische Herde.
v. v. v. v. = Endoperivasculitis.

Fig. 11. **Erythema nodosum.** 12—15 Tage alter Knoten (Fall 6). Vergrößerung 30 : 1. Färbung: S. Orcein - pol. Methylenblau.

t. = Tuberkuloides Gewebe (Wucheratrophie).
v. v. = Obliterierte Gefäße.

Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.

Literatur.

1. M. Kaposi, *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 5. Aufl., 1899. S. 909 u. 916.
2. Spiegler, Über die sogenannte Sarcomatosis cutis. *Arch. f. Derm.* Bd. 27, S. 163.
3. Max Joseph, Über Hautsarkomatose. *Arch. f. Derm.* 1898. Bd. 46, S. 177.
4. Fendt, Beiträge zur Kenntnis der sogenannten sarkoiden Geschwülste der Haut. *Arch. f. Derm.* 1900. Bd. 53, S. 213.
5. C. Boeck, Multiples benignes Sarkoid der Haut. *Norsk Magazin for Lägevidenskasen.* Nov. 1899. — *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* Dez. 1899. — Weitere Beobachtungen über das multiple benigne Sarkoid der Haut. *Festschrift zu Ehren von Moriz Kaposi.* 1900. — *Norsk Magazin.* 1904. Nr. 6. — Fortgesetzte Untersuchungen über das multiple benigne Sarkoid. *Arch. f. Derm.* 1905. Bd. 73, Heft 1—3.
6. Darier et Roussy, Des sarcoïdes sous-cutanées. *Ann. de Derm.* 1904. S. 144 u. 347. — Congrès internat. de Dermatol. de Berlin, 1904. S. 286. — *Arch. de méd. experimentale.* Nr. 1. Jan. 1906.
7. Marie Opificius, Ein Fall von benignem Miliarlupoid. *Arch. f. Derm.* Bd. 85, S. 239.
8. S. Pollitzer, Note on a case of Sarcoid. *Journ. of cut. dis.* Jan. 1908. S. 15.
9. Danlos et Flandin, *Bull. de la Soc. franç. de Derm.* 10. Juni 1909. S. 219.
10. M. Winkler, Beitrag zur Frage der „Sarkoide“. *Arch. f. Derm.* 1905. Bd. 77, Heft 1.
11. Halkin, Contribut. à l'étude des Sarcoïdes de la peau. *Arch. f. Derm.* 1907. Bd. 84, Heft 1—3.
12. Brocq, Pautrier et Fage, *Bull. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris.* 3. Mai 1907.
13. Balzer et Alquier, *Ann. de Derm.* 1900. S. 1171. — Danlos et Bloch, 1901. S. 983. — Hallopeau et Eyck, 1902. S. 985.
14. Rusch, Zur Kenntnis der sarkoiden Hauttumoren. *Arch. f. Derm.* 1907. Bd. 87, S. 163.
15. Audry, *Ann. de Derm.* 1908. S. 24.
16. Kreibich und Kraus, Beiträge zur Kenntnis des Boeckschen benignen Miliarlupoids. *Arch. f. Derm.* 1908. Bd. 92, S. 173.
17. Pautrier et P. Fernet, *Soc. méd. des Hôp. de Paris.* 5. März 1909.
18. Gougerot, *Ann. de Derm.* Aug.-Sept. 1906.
19. Graham Little, Granuloma annulare. *Proc. of the Royal Soc. of Med.* Juli 1908.
20. Mazza, *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1906. Heft 1, S. 6.
21. Breda, Ibid. 1909. Heft 2.
22. Darier, *Bull. de la Soc. franç. de Derm.* 1908. S. 313.
23. Thibierge et Bord, Sur deux cas de Sarcoïdes sous-cutanées. *Ann. de Derm.* 1907. S. 113.
24. Bazin, *La Scrofule.* 1861. S. 146. — *Les affections génériques de la peau.* I. 1862. S. 73.
25. Pelagatti, A proposito di un caso di sarcoide sottocutaneo del Darier. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* IV. 1907.
26. Harttung und Alexander, Erythème induré Bazin. *Arch. f. Derm.* 1902. Bd. 60 und 1904. Bd. 71, S. 385.
27. T. Schidachi, Ibid. 1908. Bd. 90, Heft 3.
28. Mantegazza, *Ann. de Derm.* Juni 1901. S. 497.
29. Söllner, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1903. Bd. 37, Nr. 12.
30. Jadassohn, *Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte.* 1899. S. 149.
31. Carle, *Lyon medical.* 10. März 1901.

32. Thibierge et Ravaut, *Ann. de Derm.* 1899. S. 513.
33. C. Fox, *Brit. Journ. of Derm.* 1893. — IV. Congrès intern. de Paris, 1900.
34. Philippson, Sopra la tromboflebite tubercolare cutanea. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle.* 1898.
35. H. Français, *Ann. de Derm.* 1905. S. 242.
36. Whitfield, *Amer. Journ. of the medical Sciences.* 1901. S. 828.
37. W. Pick, Über die persistierende Form des Erythema nodosum. *Arch. f. Derm.* 1904. Bd. 72, Heft 3.
38. R. Crocker, *Traité de derm.* 3. Aufl. S. 104.
39. Wolff, Art. Erytheme in Mračeks *Handbuch der Hautkrankheiten.* I, S. 557.
40. Chauffard et G. Troisier, *Soc. med. des Hôp. de Paris.* 1909. S. 7.
41. Thibierge et Gastinel, Ibid. 1909. S. 757.
42. Jadassohn, *Korr.-Bl. f. Schweiser Ärzte.* 1899. S. 149.
43. A. Kraus, *Prag. med. Wochenschr.* 1904. Bd. 29, Nr. 28.
44. Köbner, *Berl. klin. Wochenschr.* 1883. Nr. 2.
45. Pospelow, *Arch. f. Derm.* 1896. Bd. 34.
46. Touton, Gesellschaft für Morphologie, München 1892. Nr. 2.
47. Tändler, *Arch. f. Derm.* 1897. Bd. 41.
48. Pawloff, Zur Frage der sogenannten sarkoiden Bildungen der Haut (Boeck). *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1904. Bd. 38, S. 469 u. Bd. 39, S. 278.
49. Unna, *Histopathologie der Hautkrankheiten.* 1894. S. 754.
50. J. Perrin, Sarcomatose cutanée. *Thèse de Paris.* 1886.
51. J. C. Johnston, *Trans. of Amer. Derm. Assoc.* 1901. S. 35.
52. J. Darier, *La Pratique Dermatologique.* IV. Article: Tumeurs de la peau. — *Précis de Dermatologie.* Paris 1909. S. 661.
53. Bisiadecki, *Wien. med. Jahrbuch.* 1876.
54. Nékam, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1897. Bd. 25, S. 625, u. 1899.
55. Nicolau, *Ann. de Derm.* 1904.
56. Sternberg, *Zeitschr. f. Heilkunde.* 1897 u. 1904.
57. Wolff, *Berl. klin. Wochenschr.* 1901. Nr. 52.
58. Paltauf, Mračeks *Handbuch der Hautkrankheiten.* IV, S. 670—681.
59. Longcope, *Ayer clin. Laboratory of the Pennsylvania Hospital.* 1903, I u. 1906, III.
60. S. Grosz, *Zieglers Beiträge z. path. Anat. u. z. allg. Pathol.* 1906. Bd. 39, S. 450.
61. Krzysztalowicz, *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 38, Nr. 5, S. 215.
62. J. Darier, Rapport sur les tuberculides. Congrès intern. de Derm. à Paris, 1900.
63. Darier et Brissy, *Ann. de Derm.* 1906. S. 1075.

Aus Prof. Unnas Dermatologicum.

Zur Chemie der Haut.
VI.

Von

P. G. Unna und L. Golodetz.

Hautreagentien.

In einer ausgezeichnet sorgfältigen und — wie uns scheint — zu wenig beachteten Arbeit aus dem Jahre 1892[1] hat Heuss den Nachweis erbracht, daſs einerseits der Schweiſs in der Ruhe, andererseits die Oberfläche der Haut sauer reagieren, daſs aber beide Reaktionen von einander unabhängig sind, sodann, daſs der Schweiſs nur bei profuser Sekretion und bei Zersetzung alkalisch wird, ferner daſs die Oberhaut in allen ihren Schichten sauer reagiert, während der Papillarkörper eine alkalische Reaktion aufweist, und endlich, daſs die lokalen Differenzen der sauren Oberhautreaktion durch die verschiedene Dicke der Hornschicht bedingt sind: — je dicker, desto saurer reagiert die Hornschicht.

Die folgende Untersuchung, die sich mit der Herstellung von praktischen Reagentien für die Haut und ihre Produkte beschäftigt, kann erfreulicherweise diese vorangestellten Resultate von Heuss durchweg bestätigen. Zur Untersuchung der alkalischen und sauren Reaktion ist aber neuerdings diejenige auf Reduktion der Hautelemente hinzugetreten[2] und in Ansehung der allbekannten Tatsache, daſs reduzierende Heilmittel auf der Haut oxydiert werden, haben wir auch die Gewinnung eines Reagens auf Oxydation mit in den Kreis unserer Untersuchung einbezogen.

Reagens auf Acidität und Basicität.

Um die alkalische oder saure Reaktion irgend einer Flüssigkeit zu prüfen, besitzen wir bereits eine groſse Reihe von sogenannten Indikatoren. Dieselben sind durchaus nicht gleichwertig und können sich im allgemeinen nicht ersetzen, da jeder von ihnen noch spezielle Nebeneigenschaften und ganz bestimmte Grenzen der Wirksamkeit besitzt. Wir wollen hier diese

[1] Ernst Heuss, „Die Reaktion des Schweiſses beim gesunden Menschen.“ *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 14, S. 343.

[2] Golodetz und Unna, „Das Reduktionsvermögen der histologischen Elemente der Haut.“ *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1909. Bd. 48, S. 149.

Indikatoren der Reihe nach in bezug auf ihre Verwendbarkeit für die Hautoberfläche kurz betrachten.

Was zunächst die von Heuss benutzten Pflanzenextrakte aus Alkannawurzel, Kampeche- und Fernambukholz betrifft, so sind dieselben vorzügliche und feine Indikatoren für Flüssigkeiten. Eine Wasserschicht von der Dicke eines Reagenzglases zeigt den Farbenumschlag bereits bei einer Verdünnung der Alkalien und Säuren von ca. 1 : 100000 an. Auf die Haut gepinselt reicht die dünne Schicht einer solchen Lösung aber nicht aus, um einen eventuellen Farbenumschlag erkennen zu lassen, und auch dann nicht, wenn die Konzentration der Flüssigkeit eine hundertfach stärkere ist. Zu dieser Gruppe gehören auch der gebräuchliche Lackmusfarbstoff und die Jequiritysamen, aus deren zerkleinerter Hülle durch Kochen mit Wasser sich ein roter Extrakt gewinnen läfst, welcher bei Alkalizusatz einen Umschlag in Blafsgrün erfährt.

Alle diese Pflanzenextrakte sind vollständig ungeeignet, um eine Hautreaktion zu prüfen, dagegen sehr wohl zu brauchen, um, durch Tränkung von Filtrierpapier, scharfe Reagenzpapiere herzustellen, da in trockenem Filtrierpapier die Farblösung ihres Wassergehaltes beraubt, mithin konzentriert, der reagierenden Flüssigkeit ausgesetzt wird. Ein solches Papier ist sehr geeignet, wie schon Heuss nachgewiesen hat, um die Reaktion der flüssigen Sekretion der Haut (des Schweifses) zu prüfen. Hieraus geht hervor, dafs wir schon aus rein technischen Gründen bei der Untersuchung der Hautoberfläche zwei Dinge scharf auseinander zu halten haben, die Reaktion flüssiger Hautsekrete und die der Oberhaut selbst — oder kurz gesagt: Sekretreagentien und Hornreagentien.

Wie verhalten sich nun die als Indikatoren geltenden künstlichen Farbstoffe in dieser Beziehung?

Phenolphtaleïn, welches auch bereits von Heuss in ausgedehnter Weise zur Prüfung der Hautreaktion herangezogen wurde, wird durch fixe Alkalien bekanntlich rot gefärbt, nicht aber durch Ammoniak; alle Säuren lassen es farblos. Da nun, wie Heuss gefunden hat, die gesamte normale Hautoberfläche sauer reagiert, so ist für die Anwendung des Phenolphtaleins als Hautreagens eigentlich wenig Spielraum vorhanden. Heuss half sich so, dafs er die Zeit in Rechnung setzte, nach welcher eine durch Alkali rot gefärbte Lösung von bestimmter Konzentration, auf die Haut gepinselt, sich entfärbte.

Geeigneter erscheint Methylorange, welches neutral ockergelb gefärbt ist und durch Säure fuchsinrot wird. Leider wird es für Hautsekrete vollkommen ungeeignet durch seine Eigenschaft, auf Kohlensäure, Ölsäure, Stearinsäure und andere schwache organische Säuren überhaupt nicht zu reagieren. Auf die Haut gepinselt, bleibt eine wässerige Lösung

von Methylorange gelb, trotz der sauren Reaktion der Hornschicht. Ebenso werden Hautschnitte in der Lösung gelb, nicht rot, gefärbt.

Wir haben uns des guten Kontrastes gegenüber der gelblichen Haut wegen sodann mit Vorliebe blauwerdenden Indikatoren zugewandt, insbesondere: Wasserblau, Alkaliblau und Nilblau.

Wasserblau und Alkaliblau, bekanntlich „saure" Farben, verhalten sich darin gleich, daſs sie nur in alkoholischer Lösung als Indikatoren zu benutzen sind. Der Umschlag von blau (neutrale Reaktion) in bordeaurot (alkalische Reaktion) ist allerdings ein sehr scharfer. Im Gegensatz dazu bleibt die Farbe der wässerigen Lösung bei Zusatz von verdünnten Alkalien blau und geht erst in Berührung mit konzentrierten Laugen in blaurot über. Aber auch die spirituöse Lösung dieser Farbstoffe ist zur Prüfung der Hautreaktion nicht gerade empfehlenswert. Denn für uns käme nur die rote Lösung in Betracht, zu deren Herstellung sehr viel Alkali nötig ist. Dieser Umstand macht den Indikator wenig brauchbar, da natürlich erst eine entsprechend groſse Menge Säure wiederum den gewünschten Farbenumschlag in blau bewirkt.

Andere Verhältnisse liegen beim Nilblau, einer „basischen" Farbe, vor. Hier genügt schon eine minimale Quantität Alkali, um aus der wässerigen blauen Lösung die rote Farbbase frei zu machen. Dementsprechend genügt eine verhältnismäſsig geringe Quantität Säure, um die blaue Farbe des Farbsalzes wieder hervorzurufen. Sehr wichtig für die Anwendung auf der Haut ist es ferner, daſs der Umschlag bereits unter dem Einflusse von Ammoniak und schwachen Basen wie Anilin und Pyridin einerseits und schwacher Säuren wie Kohlensäure, Benzoësäure, Salicylsäure andererseits eintritt. Endlich ist der Umschlag ein scharfer. Aus allen diesen Gründen sind wir nach vielen Versuchen beim Nilblau stehen geblieben.

In welcher Form ist nun dieses Reagens für die Haut am besten zu verwenden? Auch beim Nilblau muſs die rote alkalische Lösung einen Alkoholzusatz (50%) enthalten, da eine rein wässerige Lösung von Nilblausulfat auf Zusatz von Alkali in schwacher Konzentration nur vorübergehend rot wird und nach kurzer Zeit ihre blaue Farbe zurückgewinnt. Eine derartig alkoholisch-alkalische Lösung von Nilblau ist jedoch auf der Haut nicht praktisch zu verwenden, weil der Alkohol leicht verdunstet und die rote Lösung rein wässerig hinterläſst, wodurch allein sie sich schon bläut. Wir suchten deshalb eine Form der Anwendung zu finden, bei welcher Wasser vermieden und die Verdunstung verhindert wird. Dieses gelang uns auf folgende Weise: Wir lösten in 10 g 96%igen Alkohol 0,25 g Nilblausulfat, setzten einen Tropfen $\frac{n}{2}$ alkoholischer Kalilauge und dann 30 g Paraffinum liquidum zu. Auf dem Wasserbade wurde der Alkohol verflüchtigt, wobei sich die bis dahin

zwei Schichten bildende Mischung in eine homogene etwas trübe, rote, schwer bewegliche Flüssigkeit verwandelte. Um dieselbe beweglicher und klar zu machen, setzten wir noch ca. 30 g Xylol hinzu. Diese alkalische, rote, die Nilblaubase enthaltende Mischung wollen wir im Folgenden kurzweg Nilrot nennen.

Bringt man einen Tropfen Nilrot auf eine Glasplatte, so bleibt derselbe rot, verdunstet nicht und gibt in Kontakt mit jedem sauren, flüssigen oder festen Körper eine Blaufärbung. Sehr schön zeigen diese Reaktion z. B. das (stets saure) Filtrierpapier, die Haut aller Körpergegenden, Celloidin, Gelatine usw.

Das Nilrot ist nun auch das erste der besprochenen Reagentien, welches nicht nur wie die anderen Indikatoren durch einen Umschlag seiner eigenen Färbung das Eindringen einer reagierenden Flüssigkeit anzeigt, sondern durch sein Eindringen in einen festen Körper diesen mit einer bestimmten Farbe (rot oder blau) anfärbt. Oder, indem wir die oben berührten Gegensätze jetzt ins Auge fassen: Nilrot ist nicht nur ein Reagens für flüssiges Hautsekret, sondern auch zugleich ein Hornreagens. Denn auf die saure Hautoberfläche getropft, färbt es diese bleibend blau. Pinselt man dagegen eine Kalilösung (z. B. eine 10%ige) auf die Haut, läßt dieselbe wenige Minuten einwirken, spült sie dann ab und bringt einen Tropfen Nilrot auf die alkalisch gemachte Stelle und die Umgebung, so hebt sich jene ungefärbt von der blaugefärbten Umgebung ab. Die Nilblaubase, welche in dem Indikator Nilrot das färbende Prinzip bildet, färbt nämlich nie als solche, sondern eben nur dann, wenn sie sich mit einer sauren Substanz zu einem (blauen) Salz vereinigen kann.

Reagens für Reduktion.

In unserer Arbeit über das Reduktionsvermögen der Haut[3] haben wir zum Nachweise der Reduktion an Schnitten drei Lösungen empfohlen: eine wässerige Lösung von Kali hypermanganicum, eine Mischung von Eisenchlorid mit Ferricyankalium und eine Chloroformlösung von Nitrochrysophansäure.

Zum Zwecke der Reduktionsprüfung von Hautsekret und Hornschicht sind zwei derselben nicht verwendbar. Die Lösung von Kali hypermanganicum ist viel zu empfindlich, um hier in Betracht zu kommen. Bekanntlich zersetzt sie sich sehr leicht an der Luft und ist dadurch zu freier Verwendung auf der Haut ganz ungeeignet. Andererseits läßt sich das trockene Salz auch nicht in die haltbare Form einer Xylol-Paraffinlösung bringen. Die Eisen-Cyan-Mischung ist als Reduktionsmittel aller-

[3] Golodetz und Unna, „Zur Chemie der Haut. III.“ *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1909. Bd. 48, S. 149.

dings weniger empfindlich als die Lösung von Kali hypermanganicum, aber noch unbeständiger an der Luft als jene. Von den drei genannten Reagentien ist nur die Nitrochrysophansäure, diese aber in vorzüglichem Grade, für den vorliegenden Zweck geeignet.

Die Substanz ist an und für sich gelb und gibt mit jedem Stoff, der auch nur schwach reduziert, eine Rotfärbung. Nitrochrysophansäure ist in Wasser sehr schwer löslich, dagegen leicht in Alkohol, Äther, Eisessig, Chloroform, Xylol und Benzin. Wir haben gefunden, daſs Alkohol als Lösungsmittel nicht gebraucht werden darf, weil die anfangs gelbe Lösung nach einiger Zeit dunkelrot wird zum Zeichen, daſs der Alkohol selbst schon Nitrochrysophansäure reduziert. Die anderen Lösungsmittel sind jedoch zu verwenden, weil sie selbst nicht zu reduzieren vermögen. Aus demselben Grunde wie bei Nilblau haben wir die Nitrochrysophansäure für den vorliegenden Zweck in Form einer Paraffin-Xylol-Lösung verwendet. Die Substanz wird (zu 1%) in Xylol gelöst und dann mit der gleichen Menge Paraffin vermischt. Diese Mischung ist durchaus haltbar und gibt mit festen und flüssigen Stoffen, die reduzieren, sofort eine Rotfärbung, letzteres, indem die Stoffe angefärbt werden.

Bei diesen Reduktionsversuchen ist zu beachten, daſs Nitrochrysophansäure ebenfalls mit basischen Stoffen reagiert, indem auch hierbei eine Rotfärbung entsteht. Man hat also eine Rotfärbung durch Reduktion und eine solche durch Alkaleszenz zu unterscheiden. Trotzdem die Nuance beider Rotfärbungen etwas verschieden ist, können sie doch im einzelnen Falle leicht verwechselt werden. Daher kann man eine Rotfärbung nur dann mit Sicherheit auf Reduktion beziehen, wenn das Substrat sauer ist. Aber auch alkalische Substrate lassen sich sehr gut mit diesem Reagens auf Reduktion prüfen, wenn man dem Reagens etwas Eisessig zusetzt und auf diese Weise die Möglichkeit einer Rotfärbung durch Alkaleszenz ausschaltet. Für die praktische Anwendung wollen wir diese vielgebrauchte Mischung Chrysophangelb nennen. Sie kann ebensogut dazu dienen, durch ihre Rotfärbung das Vorhandensein einer reduzierenden Flüssigkeit anzuzeigen wie die Reduktionsfähigkeit der Hautoberfläche zu demonstrieren.

Reagens auf Oxydation.

Methylenblau wird bekanntlich durch stark reduzierende Mittel in farbloses Methylenweiſs — die Leukoverbindung des Farbstoffes — verwandelt. Das Methylenweiſs ist äuſserst empfindlich gegen Luftsauerstoff, besonders bei Belichtung, indem es sich rasch oxydiert und in die beständige blaue Verbindung übergeht.

Man kann die rasche Oxydation vermeiden, wenn man das gebildete Methylenweiſs im Überschuſs des reduzierenden Stoffes aufbewahrt und auf diese Weise die oxydierende Wirkung der Luft paralysiert.

Das neuerdings als Reduktionsmittel in der Technik verwendete „Rongalit“ ist das Natriumsalz der Sulfoxylsäure[4] in Verbindung mit Formaldehyd und wird durch Reduktion der Formaldehydverbindung der schwefligen oder der hydroschwefligen Säure dargestellt. Es ist ein äufserst starkes Reduktionsmittel, unterscheidet sich aber von anderen Reduktionsmitteln, z. B. den Hydrosulfiten, dadurch, dafs es bei gewöhnlicher Temperatur indifferent ist und erst bei etwa 70—80° seine reduzierende Eigenschaft entfaltet. Gegen Alkali ist Rongalit nahezu unempfindlich; es verträgt den Zusatz von 40%iger Natronlauge ohne Schaden. Dagegen wirken Säuren, selbst ganz schwache, so, dafs sie bei Anwesenheit von reduzierbaren Substanzen das Reduktionsvermögen des Rongalits bereits in der Kälte auslösen. Bei Abwesenheit von reduzierbaren Substanzen bewirken Säuren — meist unter Abscheidung von Schwefel — eine innere Zersetzung des Rongalits, die sich durch einen unangenehmen Geruch bemerkbar macht. Starke Oxydationsmittel führen Rongalit in H_2SO_4 und Ameisensäure über. Eine wässerige Lösung von Rongalit reagiert schwach alkalisch. Dagegen reagiert das Produkt von Methylenblau und Rongalit infolge der Oxydation sauer.

Die Darstellung des Oxydationsreagens mittels Rongalit geschieht auf folgende Weise:

1 g Methylenblau wird in Wasser gelöst, zu der Lösung etwa 2 g Rongalit zugesetzt und das Ganze aufgekocht. Nach kurzer Zeit wird die Flüssigkeit unter Abscheidung von Schwefel entfärbt. Nach dem Filtrieren resultiert eine schwach gelbe Lösung, die sauer reagiert und an der Luft sich nicht bläut. Selbstverständlich hat das Methylenweifs das Bestreben, sich an der Luft zu oxydieren, aber das überschüssige Rongalit verhindert jede Oxydation durch den Luftsauerstoff. Kommt aber ein genügend starkes Oxydationsmittel (H_2O_2, Eisenchlorid, Ferricyankalium) hinzu, so wird der Einflufs des Rongalits überwunden und es findet eine rasche Oxydation statt.

Alkalien bewirken ebenfalls eine Bläuung, aber (wie es scheint) nicht direkt, sondern indirekt. Wir haben nämlich in der Lösung neben dem Methylenweifs die freie Formaldehyd-Sulfoxylsäure, denn die gebildete Ameisensäure oder H_2SO_4 bindet einen Teil des Natriums des Rongalits und macht etwas Säure frei. Diese stark reduzierende Säure vermag schon in der Kälte der Oxydation seitens der Luft das Gegengewicht zu halten, da, wie gesagt, die Reduktion durch Rongalit bei Gegenwart von Säuren schon in der Kälte vor sich geht. Wenn aber Alkali hinzukommt und diese Säure bindet, so kann der Luftsauerstoff ungehindert

[4] Sulfoxylsäure sowie ihr Natriumsalz (SO_2H_2 resp. SO_2Na_2) existieren nicht in freiem Zustande, sondern nur in Verbindung mit Formaldehyd (= Rongalit).

seine oxydierende Wirkung entfalten. In der Tat beginnt die Bläuung durch Alkalizusatz immer von der freien, der Luft ausgesetzten Oberfläche her und verstärkt sich an dieser ganz langsam. Also auch hier hat man darauf zu achten, ob die zu prüfende Substanz sauer oder alkalisch ist, da in letzterem Fall möglicherweise eine Oxydation seitens der Luft vor sich geht. Ein Zusatz von Säure zum Reagens verhindert auch hier die störende Wirkung des Alkalis.

Dieses von uns „Rongalitweiß" genannte Reagens ist in hohem Grade geeignet, die Oxydationsfähigkeit des Hautsekrets anzuzeigen, färbt aber auch gleichzeitig die mit solchem Sekret beladene Hautoberfläche in der Farbe des Methylenblaus.

* * *

Die im bisherigen beschriebenen drei Reagentien sind ebensowohl Sekretreagentien wie Hornreagentien. Wir können sie aber gerade aus diesem Grunde nur als Hornreagentien gebrauchen. Denn die Säure des Schweißes läßt sich durch Nilrot nicht auf der ohnehin sauren und daher sich blau färbenden Hautoberfläche durch den Umschlag in Blau nachweisen. Ebenso würde man vergeblich eine etwaige Reduktionskraft des Schweißes mittels Chrysophangelb auf der reduzierenden und sich rot färbenden Hornschicht durch einen Umschlag in Rot erkennen. Und schließlich tritt die Bläuung der von Schweiß imbibierten und daher oxydierenden Hornschicht vor der Bläuung des Schweißes selbst stark in den Vordergrund. Da diese drei Reagentien eben alle zugleich Hornfärber sind, kann man sie auch nur als Hornreagentien empfehlen: Nilrot färbt saure Hornschicht blau, Chrysophangelb reduzierende Hornschicht rot, Rongalitweiß oxydierende Hornschicht blau.

Um das Sekret der Hautdrüsen zu prüfen, sind wir daher allein auf Reagenzpapiere[5] angewiesen. Da der Schweiß mit wenigen Ausnahmen sauer reagiert, so kann es sich für gewöhnlich nur um solche Reagenzpapiere handeln, die den Umschlag bei saurer Reaktion scharf angeben, womöglich in Gestalt einer stark kontrastierenden Farbe. Zudem müssen sie auch, wenn es irgend angeht, haltbar sein.

Als Indikator für die Säure des Schweißes haben sich das gebräuchliche blaue Lackmuspapier und ein durch Ammoniak gerötetes Phenolphtaleïnpapier am besten bewährt. Jedenfalls sind sie haltbarer und geben bessere Kontraste, als Papiere, die mit Rosolsäure, Fernambuk-, Campeche- und (durch Ammoniak gebräuntem) Curcumaextrakt hergestellt sind.

[5] Wir haben in größerem Umfange auch die Formen von wässerigen und spirituösen Lösungen, wässerigen Eucerinsalben, Salbenstiften und Pastenstiften durchprobiert, sie aber alle als unpraktisch zugunsten der Paraffinlösungen und Papiere aufgegeben.

Als Reagenzpapier für Oxydation besitzen wir zunächst nur ein Rongalitweifspapier. Das Filtrierpapier wird getränkt in einer farblosen Mischung, die durch Kochen gleicher Teile Methylenblau und Rongalit in wässeriger Lösung unter Zusatz von etwas Salzsäure hergestellt wird.

Nach dem Trocknen ist das Papier nahezu weifs, mufs aber vor Luft und Licht geschützt werden. Oxydierende Flüssigkeiten, wie Lösungen von Eisenchlorid, Ferridcyankalium, Arsensäure, H_2O_2 färben das Papier rasch blau.

Die Anwendung dieser Reagenzpapiere richtet sich nach der Quantität und Absonderungsschnelligkeit des Schweifses. Handelt es sich um sichtbare Tropfen, so berührt man diese mit dem Papiere und beobachtet den eventuellen Farbenumschlag der feuchten Stelle. Handelt es sich um unsichtbare Flüssigkeitsmengen, so mufs das Reagenzpapier auf der Haut, am besten mittels eines Leukoplaststreifens, längere Zeit befestigt werden. Den Hohlhandschweifs prüft man am einfachsten, indem man auf die Hohlhand die Streifen des Reagenspapiers, darüber einen Bausch entfetteter Watte legt und die Hand längere Zeit zur Faust schliefst.

Die Versuche haben übereinstimmend ergeben, dafs der dergestalt aufgefangene normale Schweifs sauer ist und oxydiert.

Immerhin haben wir es für nützlich befunden, auch Reagenzpapiere darzustellen, welche das Vorhandensein reduzierender Stoffe anzeigen. Die Darstellung gelingt leicht durch Tränkung von Filtrierpapier mit Salzen der Edelmetalle, wie Goldchlorid (1%) und Silbernitrat (1%). Auch kann man eine Mischung von Überosmiumsäure (1%) und Kalilauge (1%) zu gleichen Teilen benutzen; das darin enthaltene Osmiumsalz verflüchtigt sich nicht im Gegensatz zur Osmiumsäure und verbleibt im Papiere. Man erhält auf diese Weise nahezu weifse, bei Lichtabschlufs haltbare Papiere, welche mit reduzierenden Substanzen, wie Pyrogallol, Hydrochinon, Eisensulfat, Phenylhydrazin, Sol. calcii bisulfurosi usw. sich dunkel verfärben und zwar Gold- und Osmiumpapier grauschwarz, Silberpapier braunschwarz.

Es kann nicht unsere Absicht sein, in diesem Artikel bereits alle Folgerungen für die Chemie der Haut zu ziehen, welche sich aus der Anwendung der neuen Reagentien ergeben. Wir wollen in den folgenden Bemerkungen nur auf einige Resultate hinweisen, welche sich während unserer methodologischen Arbeit von selbst aufdrängten und den Wert dieser Reaktionen in das rechte Licht zu stellen geeignet sind.

Als erstes und nächstliegendes Resultat fanden wir die Angaben von Heuss über die durchweg saure Beschaffenheit der Hautoberfläche, d. h. der

Hornschicht, bestätigt. Was HEUSS durch Anwendung dreier basisch gemachten und sich durch Säure entfärbenden Lösungen von Phenolphtalein feststellte, fanden wir — weniger mühevoll — durch einfaches Aufwischen des Nilrots. Je dicker die Hornschicht, desto stärker der Umschlag in Blau. Am stärksten sauer sind Hohlhand und Fufssohle, Ellbogen und Kniee. Wir konnten aber gleichzeitig einen vollkommenen Parallelismus feststellen zwischen der Säure der Hornschicht und ihrer reduzierenden Kraft und zwar durch Aufwischen des Chrysophangelbs neben dem Nilrot.

Je dicker die Hornschicht, desto stärker der Umschlag in Rot. Die Regionen der stärksten Säure sind — mit einigen ganz bestimmten Ausnahmen — auch die der stärksten Reduktion.

Dieser allgemeine Parallelismus wird nur gestört durch das lokale Hinzutreten eines Oxydationsprozesses, als dessen Substrat sich der Schweifs ergibt. Auch der Schweifs reagiert fast stets sauer und verdankt diese Reaktion zum Teil auch seinem Gehalt an Ölsäure. Die Existenz dieser Säure wird einerseits bewiesen durch die starke Reduktion (Schwarzfärbung) der Osmiumsäure, die schon vor langer Zeit mit Sicherheit von einem von uns beim Schweifse[6] nachgewiesen ist und als deren Träger wir neuerdings einzig und allein die Ölsäure[7] feststellen konnten.

Andererseits wird ein angefeuchtetes Rongalitweifs-Papier von der offizinellen Ölsäure gebläut. Es liegt also sehr nahe anzunehmen, dafs der oxydierende Körper des Schweifses Ölsäure ist. Dafs Ölsäure und Oleate imstande sind, das schwer oxydierbare Chrysarobin sowohl in der Kruke wie auf der Haut zu oxydieren, ist schon vor langer Zeit von einem von uns festgestellt worden.[8] Allerdings haben weitere Versuche uns gelehrt, dafs das Oxydationsvermögen der Ölsäure dieser nicht als solcher zukommt, sondern vielmehr bei ihr eine sekundäre Erscheinung darstellt. Wir haben nämlich gefunden, dafs ganz reine, frisch dargestellte Ölsäure Rongalitweifs fast gar nicht oxydiert, während dieselbe Säure nach längerem Aufbewahren unter Luft- und Lichtzutritt ein immer steigendes Oxydationsvermögen gewinnt. Hieraus ergibt sich, dafs die Ölsäure als solche nicht zu oxydieren vermag. Sie erhält diese Eigenschaft erst durch Berührung mit Luft. Dafs die Ölsäure an der Luft Sauerstoff absorbiert (wenn auch nicht so stark wie die Leinölsäure), ist bekannt. Wir können also sehr wohl die oxydierende Eigenschaft des Schweifses der Ölsäure zuschreiben, da der Schweifs ja jedenfalls der

---

[6] UNNA, „Die Funktion des Knäueldrüsen des Menschen." Arbeiten aus Dr. UNNAS Klinik für Hautkrankheiten 1895, S. 19. Berlin, Grosser, 1896.

[7] UNNA und GOLODETZ, „Zur Chemie der Haut. V." *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1910. Bd. 50, S. 95.

[8] UNNA, „Weitere Versuche über die reduzierenden Heilmittel." Arbeiten aus Dr. UNNAS Klinik für Hautkrankheiten 1897. Berlin, Grosser, 1897.

Einwirkung der Luft stets ausgesetzt ist. Die anderen in Betracht kommenden Bestandteile des Schweifses (Ameisensäure, Essigsäure, Propionsäure, Buttersäure, Cholesterin, Eiweifs, Harnstoff) verhalten sich gegenüber Rongalitweifs völlig negativ und können also nicht als Träger der Oxydation bezeichnet werden.

Ergebnisse.

1. „Nilrot", „Rongalitweifs" und „Chrysophangelb" sind Hautreagentien[9] und zwar in flüssiger Form für die Hornschicht, die ersteren auch in Form von Reagenzpapieren für die Hautsekrete.
2. „Nilrot", eine die Nilblaubase enthaltende Paraffinmischung, zeigt durch Umschlag in Blau schon die Gegenwart schwacher Säuren an und ist daher zum Nachweis der Acidität der Hornschicht geeignet.
3. „Chrysophangelb", eine Lösung von Nitrochrysophansäure in Paraffinmischung, zeigt durch Umschlag in Rot die Gegenwart eines reduzierenden Körpers an und ist daher zum Nachweis des Reduktionsvermögens der Hornschicht geeignet.
4. „Rongalitweifs", eine wässerige Lösung von Methylenweifs und Rongalit, zeigt durch Umschlag in Blau die Gegenwart eines oxydierenden Körpers an und ist daher zum Nachweis der Oxydation der mit Schweifs imbibierten Hornschicht geeignet.
5. Als Indikatoren für den (in der Regel sauren) Schweifs eignen sich: blaues Lackmuspapier und rotes Phenolphtaleïnpapier.
6. Zum Nachweise des Oxydationsvermögens des Schweifses eignet sich das „Rongalitweifspapier".
7. Das Reduktionsvermögen der Hautoberfläche geht parallel ihrer Acidität.
8. Die auf die Haut secernierte Ölsäure des Schweifses nimmt in Berührung mit der Luft ein ausgesprochenes Oxydationsvermögen an; hierauf beruht das Oxydationsvermögen des Schweifses.

---

[9] Dieselben sind vorrätig bei W. Mielck, Schwanapotheke, Hamburg.

Versammlungen.

Russische Syphilidologische und Dermatologische Gesellschaft Tarnowsky zu St. Petersburg.

Sitzung vom 31. Oktober (13. November) 1909.

Originalbericht von Dr. LEO EHRLICH-St. Petersburg.

Vorsitzender Prof. PAWLOFF teilte den Tod des Mitgliedes der Gesellschaft Dr. SCHIRIJAEFF-Moskau mit und forderte die Anwesenden auf, das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen zu ehren. (Es geschieht.)

1. JELZINA zeigt: a) Ein sechsjähriges Mädchen mit einer **syphilitischen Dystrophie des Kopfes**. Diese für hereditärsyphilitische Kinder sehr charakteristische Kopfdystrophie wird von FOURNIER JUN. mit der Form der Nates verglichen, was hier besonders gut bei seitlicher Beleuchtung wahrzunehmen ist. Was die Frage anbetrifft, ob ähnliche Dystrophien nicht, wie es manche Autoren annehmen, einfach Rachitis seien, so meint JELZINA, dafs die Rachitis eigentlich nur eine Begleiterin der Syphilis sei. b) Eine 15jährige Kranke mit einer **sehr ausgedehnten syphilitischen Affektion der Haut, Muskeln und Knochen**; nach der Aufnahme der Kranken in der Abteilung haben sich alle klinischen Erscheinungen unter Jodbehandlung wesentlich verbessert, dann aber intra therapiam sind plötzlich sehr schwere Gehirnerscheinungen eingetreten, welche wiederum nach einer sehr energischen Jodtherapie verschwanden.

Diskussion: MICHAILOWSKY zweifelt, ob der von JELZINA demonstrierte Fall eine Dystrophie syphilitischen Ursprungs wäre, und rät deshalb, den Fall auf WASSERMANNsche Reaktion zu prüfen.

BORMANN interessiert sich dafür, warum JELZINA in dem zweiten Falle die Jodtherapie der merkuriellen Therapie vorgezogen hat.

JELZINA erwidert, dafs nach ihrer persönlichen Erfahrung die Jodtherapie bei der Gehirnsyphilis bessere Resultate als die Hg-Therapie erzeugt, und dafs aufserdem in dem fraglichen Falle der Zustand der Haut weder Inunktions- noch Injektionstherapie gestattete.

KULNEFF bemerkt betreffs des zweiten von J. gezeigten Falles, dafs in diesem Falle, da hier auch andere syphilitische Symptome vorhanden waren, die richtige Diagnose nicht schwer festzustellen war; hätten sich aber solche Gehirnerscheinungen selbständig abgespielt, so wäre es sehr schwer gewesen, das ätiologische Moment zu finden; darum ist es in der Kinderpraxis sehr wichtig, bei jedem Falle von Gehirnerscheinungen an Syphilis zu denken. Was die Behandlung anbetrifft, so ist K. der Meinung, dafs die Hg-Therapie bei Gehirnsyphilis gute Resultate leistet.

PETERSEN interessiert sich dafür, ob in dem zweiten von J. gezeigten Falle die genaue topische Diagnose durch Neuropathologie bestimmt worden ist.

JELZINA erwidert, dafs in diesem Falle leider keine topische Diagnose festgestellt worden sei.

PAWLOFF bemerkt betreffs des ersten von J. demonstrierten Falles, dafs es nicht möglich wäre, die Ätiologie der Dystrophie bestimmt in Zusammenhang mit der Syphilis allein zu bringen und das Mitspielen der Rachitis schwer zu verneinen wäre. Was den zweiten Fall anbetrifft, so meint P., dafs keine Kontraindikation für merkurielle Therapie bei der Gehirnsyphilis bestehe, um so mehr in dem von J. vor-

gestellten Falle, wo ja auch andere Erscheinungen der tertiären Syphilis vorhanden waren; er möchte auch gelegentlich bemerken, daſs ähnliche Fälle nicht so selten mit Nierenaffektion verbunden sind.

2. Petersen zeigt: a) Zwei Fälle von **Pemphigus vulgaris**, deren einer, von dreiwöchentlicher Krankheitsdauer, ein 16jähriges Mädchen betrifft; in dem zweiten Falle handelt es sich um eine 53jährige Frau, die seit sieben Monaten krank ist. In den beiden Fällen hat P. ganz befriedigende therapeutische Resultate erzielt, indem er die Blasen systematisch öffnete und darauf einen Xeroformverband applizierte. b) Einen Fall mit **Blastomykosis cutis cruris sin.**

Diskussion: Kulneff meint, daſs die beiden von P. demonstrierten Pemphigusfälle eher als Erythema bullosum zu betrachten seien, erstens, weil in den beiden Fällen Polymorphie sehr ausgesprochen ist und auſserdem auch die Jahreszeit für Erythema bullosum spricht.

Bormann meint, es könnte hier eher die Rede von Dermatitis herpetiformis Duhring sein, dafür spricht Polymorphie und Jucken.

Petersen erwidert, daſs die Dermatitis herpetiformis Duhring bis jetzt immer noch kein genaues klinisches Bild hätte. Er erinnert sich dabei des Dermatologischen Kongresses in Graz, wo zwei Spezialisten aus Berlin — Lesser und Rosenthal — zwei gegenteilige Meinungen ausgesprochen hatten, wobei Lesser in Berlin keine Dermatitis herpetiformis Duhring beobachtete, während Rosenthal im Gegenteil daselbst viele Fälle zu sehen bekam. Daraus ergibt sich augenscheinlich, daſs eine und dieselbe Krankheit von jedem einzelnen Spezialisten eine andere Benennung erhielt.

Proskuryakoff ist der Meinung, daſs es überhaupt unmöglich sei, in den ersten zwei bis drei Wochen eine Dermatitis herpetiformis Duhring von einem Pemphigus zu unterscheiden.

Gundoroff bemerkt, daſs seiner Meinung nach die Dermatitis herpetiformis Duhring nur eine gewisse Form des Pemphigus darstellt; gelegentlich bemerkt er auch, daſs bei dem echten Pemphigus Albuminurie und ein Überschuſs von Uraten bestehe.

Pawloff meint betreffs des ersten von Petersen demonstrierten Falles, daſs hier eher die Rede von einem Erythema bullosum oder einer Dermatitis herpetiformis Duhring sein kann; dafür spricht hauptsächlich das akute Verlaufen und der gute Erfolg der Therapie; es wäre seiner Meinung nach ratsamer, einen gewissen Zeitraum mit der Prognose abzuwarten. Vom praktischen Standpunkte aus betrachtet, meint P., wäre es richtiger, alsdann an Pemphigus zu denken, wo eine Uniformität der morphologischen Elemente besteht, und andererseits bei Polymorphie eher Dermatitis herpetiformis Duhring zu diagnostizieren.

Terebinsky bemerkt betreffs des ersten von Petersen gezeigten Falles, daſs hier eigentlich bloſs um verschiedene Benennung einer und derselben Krankheit gestritten wird; wenn Petersen seinen ersten Fall als Pemphigus betrachtet und diesem Falle eine günstige Prognose zuschreibt, so nähert er sich selbstverständlich der Gruppe der Dermatitis herpetiformis Duhring. Was nun den Fall der Blastomykosis anbetrifft, so meinte Terebinsky, es wäre besser, mit der Diagnose zu warten, da er die in diesem Falle vorgenommene bakterioskopische und bakteriologische Untersuchung für ungenügend hält, und meint, es wäre notwendig gewesen, intraperitoneale Injektionen beim Meerschweinchen vorzunehmen, da hier seiner Meinung nach die Sporotrichosis nicht ausgeschlossen ist.

Schafir rät, betreffs des Falles von Blastomykosis eine energische antisyphilitische Therapie anzuwenden, und meint, daſs man hier Syphilis schwerlich ausschlieſsen kann.

PAWLOFF stimmt dieser Meinung SCHAFIRS zu und rät gleichzeitig, die WASSERMANNsche Reaktion anzuwenden.

TEREBINSKY hält einen Vortrag: **„Über epitheliale Cysten."** (Wird erscheinen.)

EHRLICH hält einen Vortrag: **„Die Arbeiten der 13. Sektion des XVI. internationalen Kongresses in Budapest."** (Wird erscheinen.)

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1910. Heft 3.

1. **Ein unter dem Bilde eines Erythema exsudativum verlaufendes Exanthem bei Lues congenita,** von A. STROCHER - Berlin. Bei einem vier Tage alten, vier Wochen zu früh geborenen Kinde fand STR. ein über die Haut des ganzen Körpers ausgebreitetes Exanthem, das aus dicht aneinander stehenden, lebhaft bräunlich-roten, linsen- bis fünfpfennigstückgrofsen, leicht erhabenen, unter Fingerdruck abblassenden Flecken bestand. Diese vergröfserten sich ziemlich rasch zu scheibenförmigen Effloreszenzen, deren zentrale Partien einsanken und blafsbläulich wurden, während die Ränder hellrot blieben. Die Effloreszenzen an den Oberschenkeln konfluierten, die Haut nahm hier eine derb infiltrierte, skleromartige Beschaffenheit an. Am linken Fufsrücken entstand am neunten Tage eine bohnengrofse Blase, deren helles klares Serum zahlreiche Spirochaetae pallidae enthielt; auch im Blute wurden Spirochäten in grofser Zahl gefunden. Die WASSERMANNsche Reaktion war stark positiv. Am zehnten Tage trat der Exitus ein. — Wahrscheinlich handelte es sich bei dem beschriebenen Exanthem um ein Vorstadium des Pemphigus syphiliticus; dafür sprach schon das allerdings erst am neunten Lebenstage erfolgte Auftreten einer Blase am Fufse. Eine wesentliche Stütze erhielt diese Annahme, als STR. einige Monate später bei dem zwölf Tage alten Kinde einer vor acht Jahren syphilitisch infizierten Frau ein ganz ähnliches, dem Erythema exsudativum analoges Exanthem beobachtete, dessen Effloreszenzen sich alle im Verlaufe weniger Tage in schlaffe Bläschen mit eitrigem Inhalt umwandelten; in dem Eiter wie auch im Blute wurden Spirochaetae pallidae nachgewiesen. Das Kind starb am 24. Tage.

2. **Experimentelles zur Kaninchensyphilis,** von C. GROUVEN-Bonn. GR. konnte vor zwei Jahren zum ersten Male über das Auftreten allgemein syphilitischer Symptome bei einem Kaninchen nach intraokularer Impfung berichten; er hat unterdessen das gleiche Resultat bei zwei weiteren Kaninchen, und zwar beide Male durch Impfung in der zweiten Generation, erzielt. Die okulare Impfung rief bei diesen beiden Tieren in den Augen vorwiegend iritische Erscheinungen hervor, während die charakteristische Keratitis ausblieb. Das eine Kaninchen war mit spirochätenhaltigem, abgeschabten Cornealgewebe, das von einem etwa vier Monate vorher okular infizierten Kaninchen stammte, geimpft worden; nach 14 Monaten stellte sich bei ihm unter starkem Haarausfall zunehmende Abmagerung ein und gleichzeitig konstatierte GR. an beiden Hinterfüfsen einige flache, zentral erodierte und mit Borken bedeckte Infiltrate, die durchaus den nässenden Papeln beim Menschen entsprachen und im Ausstrich und Schnitt spärliche, aber einwandfreie Spirochaetae pallidae erkennen liefsen. 15 Monate nach der Impfung ging das Tier unter den Erscheinungen des Marasmus zugrunde, bei der Sektion fanden sich weitere für Syphilis charakteristische Veränderungen nicht. —

Im zweiten Falle stellten sich erst 25 Monate nach der Impfung Abmagerung und Verfall ein, das Tier ging aber dann sehr bald ohne erkennbare Krankheitsursache zugrunde; bei der Obduktion fand sich an der Planta des linken Hinterfußes eine Papel, die den im ersten Falle beobachteten entsprach und zahlreiche Spirochaetae pallidae enthielt. Die inneren Organe zeigten nichts Abnormes und waren frei von Spirochäten. Das zur Impfung dieses Tieres verwandte Material stammte von der stark spirochätenhaltigen Cornealpapel des Kaninchens, das späterhin als erstes Allgemeinsyphilis erkennen liefs. Durch cutane Verimpfung von Gewebe, das ebenfalls von der primären Augenpapel dieses Tieres entnommen war, konnte Gr., wie er an anderer Stelle bereits mitgeteilt hat, bei einem weiteren Kaninchen am Augenlid einen ziemlich charakteristischen Primäraffekt erzeugen; im Schnitt der Papel wurden spärliche Spirochäten nachgewiesen. Das Tier ging nach 26 Monaten unter Abmagerung zugrunde; bei der Obduktion fanden sich Veränderungen, die mit Sicherheit als syphilitische zu deuten gewesen wären, nicht. — Bei einem anderen Kaninchen fand Gr., wie früher Hoffmann in einem Falle, etwa sechs Wochen nach der Injektion spirochätenhaltigen Materials in einen Hoden an der Einstichstelle in der Scrotalhaut einen typischen Primäraffekt, der massenhaft Spirochaetae pallidae enthielt.

3. **Der Kaltkauter nach Dr. de Forest in der Dermatologie**, von Ludwig Meyer-Berlin. Bei Anwendung des Kaltkauters nach de Forest, dessen Konstruktion und Wirkungsweise M. kurz beschreibt, wird nur das direkt von der Nadel getroffene Gewebe zerstört; die Umgebung bleibt vollständig verschont, auch die entzündliche Reaktion, die sich in ihr einstellt, ist aufserordentlich gering. Beim Heilungsprozefs beobachtet man eine eigentümliche Lymphorrhoe, die zum Teil wohl der Wirkung des elektrischen Stromes zuzuschreiben ist (elektrotaktische Wirkung). Durch schnelleres oder langsameres Führen der Nadel kann man Verschorfung erzielen oder vermeiden. Die Heilung geht per primam und bei Verschorfung unter dem trockenen Schorfe langsam vor sich, die entstehenden Narben sind glatt und schön. Indiziert ist die Anwendung des Kaltkauters bei Warzen, spitzen Kondylomen, Naevi angiomatosi und pigmentosi, Teleangiektasien, Acne rosacea, Tätowierungen, Kankroiden, paraurethralen Gängen, Fisteln usw. — Der Apparat wird von Reiniger, Gebbert und Schall hergestellt.

4. **Beitrag zur Kenntnis der Sporotrichose der Haut mit besonderer Berücksichtigung der Lymphangitis sporotrichotica. Experimentelle Sporotrichose**, von G. Arndt-Berlin. (Heft 1 und 3.) Nach einem kurzen Bericht über die wenigen bisher beobachteten Fälle von regionär beschränkter Sporotrichose, Sporotrichosis lymphatica gummosa, die im Gegensatz zu der disseminierten, hämatogen entstandenen Form sehr selten vorkommt, durch eine im Anschlufs an ein Inokulationsgeschwür entstehende chronische Entzündung der regionären Lymphgefäfse und manchmal auch der Lymphdrüsen charakterisiert ist und keine oder nur sehr geringe Neigung zu allgemeiner Ausbreitung zeigt, beschreibt A. einen einschlägigen Fall, den er selbst an der Berliner Universitätspoliklinik beobachtet hat. Es handelte sich um einen 29jährigen Packer, der sich fünf Wochen vorher am rechten Vorderarm gerissen hat. Aus der kleinen Wunde, die allen möglichen Verunreinigungen, namentlich auch mit Heu, ausgesetzt war, entwickelte sich ein unregelmäfsig rundlich begrenztes, über fünfmarkgrofses, mäfsig tiefes, mit der umgebenden Haut auf der Unterlage bewegliches Geschwür mit speckigen, etwas infiltrierten, stellenweise unterminierten, blafs-bläulichroten Rändern und blafsem bis dunkelrotem grob-körnigen Grunde, der teils glatt und spiegelnd, teils mit eitrigen Massen bedeckt war und kleine, rundliche oder streifenförmige, weifslich-gelbe Einlagerungen aufwies. In der Umgebung des Geschwürs fanden sich zwei stecknadelkopfgrofse fistulöse Öffnungen, aus denen sich spärliche

Mengen einer blafs-gelblichen serösen Flüssigkeit auspressen liefsen. Von der Ulceration verliefen zwei, 1—2 cm breite, von der gesunden Haut nicht ganz scharf abgegrenzte rote Stränge an die Aufsenseite des Ellenbogengelenks; in diese den entzündlich infiltrierten, grofsen Lymphgefäfsen entsprechende Bildungen waren mehrere rosenkranzartig aufgereihte, flach erhabene, bohnen- bis hühnereigrofse Vorwölbungen eingelagert, die die ganze Dicke der Haut durchsetzten, auf der Fascie frei verschieblich waren und teils derb elastische, teils fluktuierende Konsistenz hatten. Nach innen vom Epicondylus externus humeri vereinigten sich die beiden strangförmigen Bildungen zu einem die tieferen Schichten der Haut einnehmenden, auf der Unterlage frei beweglichen, drehrunden, federkieldicken, mäfsig derben, wenig druckempfindlichen Strang, über dem die oberflächlichen Hautschichten leicht blafsrötlich verfärbt waren. Der Strang, der bis in die Achselhöhle verlief, zeigte verschiedene bis pflaumengrofse, rundliche oder ovale halbkugelige, prallelastische oder fluktuierende, von einem derben Wall umgebene Auftreibungen. — Aus dem Geschwürseiter und der in geschlossenen, zentral erweichten Knoten enthaltenen zähen, fadenziehenden, leicht gelblichen Flüssigkeit wurde das Sporotrichum Beurmanni in Reinkultur gezüchtet. — Durch Verabreichung von Jodkalium wurde ohne lokale Behandlung sehr rasch Besserung und Heilung erzielt: das Inokulationsgeschwür vernarbte, die Knoten erweichten, wurden kleiner und verschwanden alsbald ganz und es blieb nur ein lediglich durch die Palpation erkennbarer, federkieldicker, derber, frei beweglicher, unempfindlicher Strang übrig.

Im Anschlufs an die Beschreibung dieses Falles bespricht A. die klinische Diagnose der verschiedenen Formen von Sporotrichose der Haut, die histologische Differentialdiagnose, Pathogenese, Prognose und Therapie der Affektion. Die Unterscheidung eines tuberkuloiden und eines syphiloiden Typus hält A. für unzweckmäfsig. Die Einteilung in akute und chronische Formen ist begründet durch den Unterschied in der Prognose, die in den allerdings sehr seltenen akuten generalisierten Fällen ungünstig, in den viel häufigeren chronischen Fällen günstig ist. Voll berechtigt ist die Trennung der lokalen, regionär beschränkten von den disseminierten Formen, wenn auch die beiden Arten kombiniert vorkommen. Gelegentlich seiner differentialdiagnostischen Erörterungen erwähnt A. die erst in der jüngsten Zeit beobachtete, durch Hemispora stellata hervorgerufene, von Gougerot und Caraven als Hemisporose beschriebene Affektion und die vor einigen Monaten von Ravaut und Pinoy beobachtete, durch den Diskomyces Thibiergi verursachte Diskomykose, die zwar den bisher bekannten Aktinomykosen sehr nahe steht, aber ein ganz anderes klinisches Bild aufweist. — Die Prüfung der Agglutinationsfähigkeit des Serums gegenüber Sporotrichonsporen liefert zwar eine wertvolle Stütze der Diagnose, namentlich in zweifelhaften Fällen und bei bereits abgeheilten, sporotrichoseverdächtigen Hauterkrankungen, doch gibt der positive Ausfall der Reaktion keinen absolut sicheren Aufschlufs, da auch das Serum von Patienten, die an anderen Pilzerkrankungen (Aktinomykose, Soor, Hemisporose, Diskomykose) leiden, Sporotrichosesporen agglutiniert.

Die experimentelle Erzeugung von Sporotrichose bei Meerschweinchen mifslang, doch agglutinierte das Serum der beiden geimpften Tiere die Sporen einer vier Wochen alten Sporotrichonkultur. Bei Ratten wurde durch Impfung generalisierte Sporotrichose erzeugt und bei Affen konnte A. durch cutane Impfung dieselbe Form der Sporotrichose hervorrufen, die in dem beschriebenen Falle vorlag, die Sporotrichosis lymphatica gummosa oder Lymphangitis sporotrichotica. Die Tierexperimente werden noch fortgesetzt, über ihr gesamtes Resultat wird A. besonders berichten.

Der Arbeit ist ein ausführliches Literaturverzeichnis beigegeben.

Götz-München.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 100, Heft 1—3. Februar 1910.

Der vorliegende 100. Band des *Archivs* ist Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. JULIUS CASPARY zu seinem 50jährigen Doktorjubiläum in Verehrung gewidmet von Freunden und Schülern.

1. **Über BROCQsche Krankheit (Érythrodermie pityriasique en plaques disséminées) nebst einigen Bemerkungen zur Frage der Parapsoriasis,** von G. ARNDT-Berlin. Die BROCQsche Krankheit ist fraglos viel weniger selten als unbekannt; ARNDT hat in den letzten Jahren in der LESSERschen Klinik nicht weniger als acht Fälle beobachten können. Dabei trennt er strenger als BROCQ selbst die Érythrodermie pityriasique en plaques disséminées von den anderen zur Gruppe Parapsoriasis gerechneten Erkrankungen (Parapsoriasis en gouttes und Parapsoriasis lichénoide) und wendet sich darum gegen den in der Literatur eingerissenen Mifsbrauch, einschlägige Fälle schlechthin als Parapsoriasis ohne jede nähere Angabe zu bezeichnen; ebenso scheidet er auch Fälle wie die von CIVATTE, MILIAN usw. beschriebenen aus, in denen bei gröfster klinischer Ähnlichkeit ganz andere histologische Befunde erhoben wurden. Unter diesem Gesichtspunkt läfst er die französische, englische, amerikanische, italienische und deutsche Literatur Revue passieren und sichtet etwa 44 Fälle als typisch aus, die ihm zusammen mit seinen eigenen Beobachtungen die Grundlage zu einer exakten klinischen und histologischen Darstellung des Krankheitsbildes der Érythrodermie pityriasique en plaques disséminées geben.

2. **Ein Beitrag zum Kochsalzstoffwechsel bei Pemphigus,** von G. BAUMM-Breslau. CASSAET und MICHELEAU haben an drei Fällen von Pemphigus das Verhalten des Kochsalzes studiert und aus den Untersuchungen, die allerdings nicht einwandfrei periodisch, sondern nur an einzelnen Tagen vorgenommen worden waren, nicht nur eine Retention von Kochsalz im Körper festgestellt, sondern sogar durch Kochsalzentziehung eine prompte Abheilung der Hautaffektion unter gleichzeitiger Steigerung der Ausscheidung der Chloride erzielt. Sie sind daraufhin zu dem Schlufs gelangt, dafs der Pemphigus der Ausdruck einer allgemeinen alimentären Intoxikation sei. Zur Nachprüfung dieser Angaben hat B. in zwei Fällen von Pemphigus unter gleichmäfsiger, bestimmter Kost mit genau berechnetem Kochsalzgehalt periodisch die ausgeschiedenen Kochsalzmengen im Harn genau festgestellt; dabei hat sich zeitweise eine gewisse Kochsalzretention nachweisen lassen, die aber über die beim gesunden Menschen vorkommenden Schwankungen in der Ausscheidung nicht hinausging, während andererseits weder durch Kochsalzentziehung eine Besserung der Affektion, noch durch vermehrte Kochsalzzufuhr ein verschlechternder Einflufs nachzuweisen war.

3. **Beitrag zur Lehre von der idiopathischen Hautatrophie,** von R. BECK-Königsberg. Sämtliche unter dem Namen idiopathische Hautatrophie beschriebenen Krankheitsbilder beginnen makroskopisch niemals mit Atrophie der Haut, sondern mit einem Vorstadium, das entweder nur in einem chronischen, in der Regel lividen Erythem besteht, oder auch schon deutlichere Entzündungserscheinungen verschiedenen Grades zeigt. Histologisch lassen sich stets entzündliche Veränderungen nachweisen. Neun Fälle aus der Klinik von SCHOLTZ in Königsberg.

4. **Zur Frage der Syphilis d'emblée,** von BETTMANN-Heidelberg. B. teilt die verschiedenen in der Literatur als Syphilis ohne Primäraffekt mitgeteilten Beobachtungen in verschiedene Kategorien ein, zu denen er an der Hand eigener Erfahrungen treffende Bemerkungen macht; insbesondere aber wendet er sich jener Gruppe von Fällen der Syphilis d'emblée zu, bei denen es sich samt und sonders um Ärzte handelt, die sich bei der Operation syphilitischer Personen an der Hand verletzten und bei denen kein Primäraffekt sich bildete, aber die sekundäre Syphilis in

auffallend kurzer Zeit zum Ausbruch kam. Zu den zwei Fällen von JULLIEN und dem von WAELSCH fügt er einen vierten. Er bespricht die verschiedenen Möglichkeiten, die eine Deutung dieser eigenartigen Beobachtungen zu geben imstande sein können, hält aber alle derartigen Deutungsversuche vorläufig für unzulänglich; immerhin hält er nach den bisherigen experimentellen Untersuchungen an Tieren die prinzipielle Möglichkeit der Infektion auf subcutanem und intravenösem Wege für erwiesen und die allgemeine Annahme für berechtigt, dafs eine akquirierte Syphilis ohne erkennbaren Primäraffekt, also eine Syphilis d'emblée existiert.

5. **Biologische Untersuchungen über die Rolle der Staphylokokken bei Ekzemen,** von CARL BRUCK-Breslau und S. HIDAKA-Tokio. Die Verfasser haben Versuche darüber angestellt, inwieweit man bei Ekzemkranken der verschiedensten Stadien biologische Veränderungen des Blutserums nachweisen kann, die auf eine Beteiligung der Staphylokokken an dem ekzematösen Prozefs schliefsen lassen. Diese Versuche erstreckten sich auf Agglutinine und Antilysine. Es geht aus diesen Untersuchungen hervor, dafs die Agglutinationstiter von Ekzemseren gegenüber Staphylokokken im allgemeinen höher sind als diejenigen von Normalseren, dafs aber irgendwelche Regelmäfsigkeiten nicht bestehen. Ferner ergibt sich, dafs der Antilysinwert von Ekzemseren bedeutend gröfser ist als der nicht an Staphylokokkenerkrankungen leidender Menschen. Ferner sind Dauer und Schwere des Ekzems nicht ohne Einflufs auf die Gröfse dieser Antikörperproduktion. Wenn nun aus diesen Tatsachen natürlich nicht gefolgert werden kann, dafs die Staphylokokken oder ihre Gifte die Erreger des Ekzems sind, so wird man doch die Annahme, dafs diese Mikroorganismen die Rolle harmloser Parasiten spielen, aufgeben müssen.

6. **Über blennorrhoisches Skrotalödem,** von A. BUSCHKE-Berlin. B. hat in zwei Fällen eine Affektion zu beobachten Gelegenheit gehabt, die anscheinend in der Literatur noch nicht beschrieben ist, und in Beziehung und Zusammenhang mit dem spezifisch blennorrhoischen Präputialödem zu stehen scheint: ein dem Präputialödem sehr analoges und allem Anschein nach möglicherweise ebenfalls auf einer spezifisch blennorrhoischen Lymphangitis der Skrotalgefäfse beruhendes Skrotalödem. Er trennt dieses Skrotalödem strikte von dem die Epididymitis blennorrhoica häufig begleitenden Skrotalödem, welches lediglich als kollaterales entzündliches Ödem aufzufassen ist.

7. **Ein Chondroosteom der Haut,** von W. CARL-Königsberg. Ein 22jähriger Patient soll im zweiten Lebensjahre ein kleinbohnengrofses Knötchen unterhalb des linken Ohres bekommen haben, das bis zum sechsten Jahre gewachsen und von da ab in seiner Gröfse konstant geblieben ist. Der haselnufsgrofse, flache, harte, auf der Unterlage leicht verschiebliche Tumor gibt auf der Röntgenplatte einen intensiven rundlichen Schatten, der mit den nächstgelegenen Skeletteilen in keinem Zusammenhang steht. Histologisch handelt es sich um eine typische Knorpel-Knochengeschwulst, die teilweise der Cutis, hauptsächlich aber dem Unterhautbindegewebe angehört. Ätiologisch bleibt nichts anderes übrig, als irgendeinen versprengten Keim, der zur Knorpel- und Knochenbildung befähigt ist, anzunehmen.

8. **Zur Behandlung des Lupus vulgaris,** von DOUTRELEPONT-Bonn. Eine auf 50jährige Erfahrung sich gründende kurze Bewertung der verschiedenen, im Laufe der Jahre zur Empfehlung gelangten Methoden zur Heilung des Lupus, derzufolge die heutige Behandlungsweise des Lupus der äufseren Haut in der Bonner Klinik eine Kombination von alten Methoden mit den neueren Errungenschaften der Lupustherapie darstellt. Jeder Fall wird bei der Aufnahme in die Klinik mit Sublimatumschlägen behandelt; dann folgt eine mit kleinsten Dosen beginnende Tuberkulinbehandlung, an die sich je nach Lage des Falles das weitere Vorgehen anschliefst. Starke Granulationen wie beim Lupus hypertrophicus werden mit dem scharfen Löffel ohne An-

wendung großer Gewalt zur möglichsten Schonung des gesunden Gewebes entfernt und die Wunde mit dem Paquelin verschorft. Die weitere Zerstörung des zurückgebliebenen tuberkulösen Gewebes wird der elektiven Wirkung der Pyrogallussalbe überlassen, die, in Intervallen mit Sublimatumschlägen wechselnd, bis zum Auftreten gesunder Granulationen appliziert wird. Nicht hypertrophische Lupusherde werden ohne operativen Eingriff sofort mit Pyrogallussalbe behandelt. Unmittelbar nach der Operation bezw. während der Anwendung von Pyrogallol und Sublimat wird die Röntgenbestrahlung zu Hilfe genommen. Erst nachdem die zerstörten Partien wieder vernarbt sind, beginnt die Finsenbestrahlung, die bei kleinen Fällen von Lupus von vornherein in Anwendung gezogen werden kann. In der Narbe zurückgebliebene disseminierte Lupusknötchen werden galvanokaustisch zerstört. Ist anscheinende völlige Heilung erzielt, so wird diese nach Möglichkeit durch Injektionen von Alttuberkulin sichergestellt. Stets werden die Patienten bei der Entlassung auf die Möglichkeit eines Rezidivs aufmerksam gemacht und angewiesen, bei dem geringsten Verdacht eines Rückfalles sich wieder vorzustellen.

9. **Über den heutigen Stand der chirurgischen Elephantiasisbehandlung**, von M. Draudt-Königsberg. Die Handleysche Methode der „Lymphangioplastik“, nach gehöriger Vorbereitung des Operationsfeldes aseptisch präparierte Seidenfäden in der ganzen Länge des befallenen Gliedes unter die Haut einzupflanzen, ist in Fällen reiner Lymphstauung gefolgt von Rückgang des Ödems und Schmerzfreiheit der aufs äußerste von Schmerzen gequälten Patienten. An der Königsberger chirurgischen Klinik wurde diese Methode der „Fadendrainage“ in drei Fällen als sehr brauchbares Hilfsmittel bei der Behandlung schwerer Elephantiasisformen in Anwendung gezogen.

10. **Beiträge zur Kenntnis der Wassermannschen Reaktion bei Syphilis**, von W. Fischer-Berlin. Untersuchungen, die an der Buschkeschen Abteilung des Virchow-Krankenhauses zu Berlin angestellt wurden; in der Bewertung der Reaktion für diagnostische Zwecke stimmt die Arbeit mit anderen ähnlichen etwa überein. Im (wohltuenden) Gegensatz zu zahlreichen Arbeiten der allerletzten Zeit wird kategorisch betont, daß die Verwertung der Reaktion für die Therapie und Prognose des Einzelfalles vorläufig illusorisch ist. Auch die dauernde serologische Kontrolle bringt keine wesentliche Unterstützung; eine wirksame therapeutische Beeinflussung der Reaktion im Latenzstadium hat sich nicht nachweisen lassen; wie auf der einen Seite ein spontaner Rückgang der Reaktionsstoffe ohne Behandlung möglich ist, so schützt andererseits der negative Ausfall der Reaktion nach der Kur, ja selbst nach einer jahrelangen chronisch-intermittierenden Behandlung keineswegs vor Rezidiven.

11. **Der Wert der Wassermannschen Reaktion für die Diagnose der Syphilis**, von Martin Friedlaender-Berlin. Betrachtungen an der Hand des großen Materials der weil. Lassarschen Klinik, die den außerordentlichen diagnostischen Fortschritt erkennen lassen, den wir durch die Reaktion gemacht haben.

12. **Über Leukokeratosis (Kraurosis) glandis et praeputii**, von Galewsky-Dresden. In sechs Fällen fanden sich starke leukokeratotische Prozesse am Präputium und der Glans penis, die zur Atrophie der erkrankten Stellen führten. In vier Fällen war die Atrophie der Haut bis auf das Orificium urethrae übergegangen; in einem Fall war die dadurch bedingte Verengerung so stark, daß nur Sonden von 3 Charr. passieren konnten. G. stellt seine Fälle zu den von Delbanco und Kraus publizierten und glaubt, daß die Affektion, wenigstens in dem ihm zu Gesicht gekommenen Endstadium, zur Kraurosis zu rechnen ist.

13. **Über die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Wassermann-Bruck-Neisserschen Reaktion und die Brauchbarkeit der Modifikation Hecht**, von A. Gelarie-Königsberg. Rund 2000 Untersuchungen an fast 500 Patienten der

Klinik Scholtz. Komplette Hemmungen beweisen mit fast absoluter Sicherheit, dafs der betreffende Patient luetisch infiziert ist; doch ist mit dieser Feststellung noch nicht der Beweis geliefert, dafs eine zweifelhafte Affektion der Haut oder der inneren Organe nun auch luetischer Natur ist. Die Reaktion gibt im Grunde nur zuverlässigere Auskunft über eine frühere luetische Infektion als die Anamnese; dafs ein positiver Ausfall eine gewisse Aktivität des Virus bedeute, ist zunächst durch nichts bewiesen. Verfasser schliefst sich darum auch nicht Neisser u. a. an, die für die Behandlung und Prognose Schlufsfolgerungen daraus gezogen haben. „Vorläufig dürfen wir in der Serumreaktion nur ein Moment sehen, welches bei der Entscheidung über die Fortsetzung einer Kur mit berücksichtigt werden kann, aber nicht den Ausschlag geben soll. Im wesentlichen werden wir die bewährte chronisch-intermittierende Behandlung vorläufig noch nach den gleichen Grundsätzen wie bisher leiten."

Mit der Modifikation Hecht ist Verfasser recht zufrieden gewesen und kann dieselbe durchaus als zuverlässig und einfach empfehlen.

14. **Zur Bekämpfung der Lues und des Lupus,** von P. Gerber-Königsberg. Gerade bei Syphilis sind in einem erheblichen Prozentsatz aller Fälle die Affektionen des Halses und der Nase die einzigen, die den Patienten zum Arzt bringen. Zwei Drittel aller Fälle (672) mit Lues der oberen Luft- und Verdauungswege der Universitätsklinik für Hals- und Nasenkranke in Königsberg waren laut Anamnese über die Natur ihres Leidens absolut im Unklaren. Daraus geht hervor, dafs die Bekämpfung der Syphilis als Volksseuche Stückwerk bleiben mufs, wenn man sich nicht dazu die Unterstützung derjenigen Ärzte sichert, zu denen ein so erheblicher Teil aller Syphilitischen seine Zuflucht nimmt, d. h. der Rhinolaryngologen. Ähnlich liegt die Sache beim Lupus, der in sehr vielen Fällen in der Schleimhaut beginnt und durch exakte Untersuchung des Introitus narium im Beginn erkannt und beseitigt werden kann.

15. **Über tuberkuloseähnliche Hauterkrankungen,** von C. Grouven-Bonn. Ausführlicher Bericht über acht an der Bonner dermatologischen Klinik zur Beobachtung gelangte Fälle, die rein klinisch anscheinend sehr verschieden sind, histologisch aber eine auffallende Übereinstimmung zeigen. Drei Fälle, die übrigens mit typischem Lupus vulgaris kombiniert waren, zeigten alle Charakteristika des Lupus pernio bzw. des Boeckschen multiplen benignen Sarkoids, einer imponierte als Dariers Lupoid oder subcutanes Tuberkulid, während wiederum drei zu rubrizieren waren als Erythema induratum Bazin. Dabei fanden sich aber zwischen den Krankheitsherden der verschiedenen Fälle alle nur denkbaren Übergangsformen. G. ist der Meinung, dafs es sich um zwar verschieden bezeichnete, aber identische Krankheitsbilder handelt, die zur Tuberkulose in Beziehung stehen, wenn sich auch zunächst über die Art dieser Beziehung nichts Beweisendes aussagen läfst. Immerhin glaubt G., dafs die Affektion sich wie andere „Tuberkulide" noch werde als bazilläre Tuberkulose erweisen lassen.

16. **Akzessorische Gänge des Penis,** von H. Hensel-Hamburg. Drei interessante Fälle; in einem reichte der über der Harnröhre liegende Blindgang 18 cm weit bis zur Symphyse und war für dünne Knopfsonden durchgängig. Im zweiten Falle war der Gang 3,5 cm lang und verlief ebenfalls parallel mit der Harnröhre nach hinten, ohne mit ihr zu kommunizieren. In beiden Fällen lag eine Blennorrhoe der Harnröhre und blennorrhoische Infektion des Ganges vor. Im dritten Falle fand sich, ohne Blennorrhoe der Harnröhre, ein blennorrhoisch infizierter, 8 cm langer, federkieldicker Strang an der Unterseite des Penis in der Raphe; in diesem Strange waren sieben kleinerbsengrofse Knötchen in unregelmäfsigem Abstande voneinander verteilt, von denen einige durch eine zentrale Öffnung auf Druck Eiter entleerten.

17. **Über „Kalkmetastasen" in der Haut,** von J. Jadassohn-Bern. Bei einem zwölfjährigen Knaben, der an Osteomyelitis und ihren Folgen zugrunde ging, fanden

sich eigenartige Hautveränderungen, deren Diagnose erst bei der Autopsie bzw. nach histologischer Untersuchung gestellt werden konnte. Es handelte sich um wesentlich cutan gelegene, symmetrische, gröfsere und kleinere Plaques mit einem Netzwerk das Niveau der Haut leicht überragender, weifsgelber Streifchen und Flecke, mit Erweiterung der Follikel, im allgemeinen ohne oder mit unbedeutenden Erscheinungen von Entzündung. Histologisch handelt es sich um eine Kalkablagerung, die als eine durch die Silbermethode nachweisbare Kalkimbibition einzelner elastischer Fasern beginnt; weiterhin kommt es zur Quellung und Fragmentierung der elastischen Fasern, zu Quellung, Degeneration und Verkalkung des kollagenen Gewebes, zu entzündlichen Veränderungen und zur Bildung von mit Kalk und Resten von elastischen Fasern angefüllten Höhlen. An Stellen, an denen der Kalk die Epidermis durchbricht, kommt es klinisch zur Eiterung. Die Kalkablagerung fand sich auch im Endokard, Lungen und Nieren. Wie sich nachträglich erweisen liefs, fanden in der Haut die Verkalkungen in Striae statt, welche während der schweren Osteomyelitis des in voller Wachstumsperiode befindlichen Knaben entstanden waren.

18. **Dos Cornu cutaneum**, von Max Joseph-Berlin. Bei einem Anstreicher, der seit etwa drei Jahren eine ständig zunehmende Verdickung an dem inneren Knöchel des linken Beines bemerkt hatte, fand sich ein ungefähr 1,5 cm langes Hauthorn von cylinderartigem Bau; seine Fläche ist höckerig, der Mantel ist glatt und zeigt parallele Rinnen. Das Horn ist mit der Oberhaut fest verwachsen, aber gegen das Unterhautzellgewebe verschieblich. — Betrachtungen über das Entstehen der Hauthörner. J. schliefst sich auf Grund seiner Untersuchungen den Anschauungen von Spietschka an, dafs der gröfste Teil der Hauthörner papillären Bau besitzt. Das wesentliche des Hauthorns ist eine Wucherung der Cutispapillen, eine gesteigerte Neubildung von Epithelzellen und eine vermehrte Verhornung. Die Ätiologie ist noch heute unbekannt, da der Begriff der besonderen individuellen Anlage natürlich keine genügende Erklärung gibt.

19. **Klinische Erfahrungen über Blasentuberkulose**, von Wilhelm Karo-Berlin. Dafs eine primäre isolierte Blasentuberkulose vorliegt, wird auch dadurch bewiesen, dafs beide Nieren klaren, eiweifsfreien Urin sezernieren; absolut notwendig ist in solchem Falle die genaue bakteriologische Untersuchung der getrennt aufgefangenen Harne auf Tuberkelbazillen, und zwar auf dem Wege des Tierexperiments. Eine wesentliche Erleichterung des Bazillennachweises bietet auch die subcutane Injektion von 1 mg Alttuberkulin, da danach fast immer neben allgemeinen Reaktionserscheinungen eine Herdreaktion eintritt, mit reichlicherer Ausscheidung von Tuberkelbazillen. Selbst das beste Allgemeinbefinden, ja auch Gewichtszunahme sind kein Beweis für das Nichtvorhandensein einer Nierentuberkulose; es gibt Fälle von Nierentuberkulose, die selbst von Urologen als chronische Blennorrhoe behandelt worden sind: das sind Fälle von latenter Nierentuberkulose, die zufällig eine Blennorrhoe akquirieren und lange als chronische blennorrhoische Cystitis gedeutet werden, weil an die Möglichkeit einer Tuberkulose nicht gedacht wird.

20. **Über ein excessives Röntgenulcus**, von Erich Kollecker-Frankfurt a. M. Bei einem 43jährigen Manne, der sich wegen Dextrokardie an den verschiedensten Kliniken hatte mit Röntgenstrahlen untersuchen lassen, so dafs mit der Zeit über 200 Durchleuchtungen vorgenommen worden waren, hatte sich auf dem Rücken eine Ulceration entwickelt, die im Laufe einiger Monate sich bis zu dem erheblichen Umfange von 30×40 cm vergröfserte. Nach einiger Zeit war Stillstand und dann, im Laufe von $1^1/_2$ Jahren, langsame Heilung eingetreten, bis zu etwa Fünfmarkstückgröfse. Unter geeigneter Behandlung wurde innerhalb acht Wochen eine weitere Verkleinerung bis auf Fingernagelgröfse erreicht. Ein kirschgrofser, im Narbengewebe sitzender

Tumor, bei dem der Verdacht auf eine maligne Neubildung nahelag, erwies sich histologisch als ein Papillom.

21. **Lupus pernio,** von Kühlmann-Strafsburg. Mitteilung eines Falles, der typische Veränderungen im Gesicht und an den Händen hat; mit genauem Eingehen auf den röntgenologischen Befund der Veränderungen an den Fingerknochen. K. meint, dafs in der Beschaffenheit der erkrankten Knochen kein Grund vorliegt, an einen der Tuberkulose nahestehenden Prozefs zu denken.

22. **Über eigentümliche histologische Bilder bei Hauttuberkulose und deren Beziehung zum benignen Miliarlupoid (Boeck),** von J. Kyrle-Wien. „Die Krankheiten, in denen man zu wiederholten Malen mikroskopisch und durch das Tierexperiment den Bazillennachweis erbracht hat, wird man mit vollem Recht zu den Hauttuberkulosen rechnen dürfen, und wird gegenteilige Annahmen, besonders wenn sie auf negative Untersuchungsergebnisse gestützt sind, als nicht beweiskräftig aus der Diskussion ausschalten müssen." In diesem Sinne teilt K. ausführlich die Krankheitsgeschichte und histologischen sowie bakteriologischen Untersuchungsergebnisse eines Falles mit, den Boeck selbst als typisches benignes Lupoid bezeichnet hat. Wenn auch in den Schnitten keine Tuberkelbazillen nachgewiesen werden konnten, so wurde doch ein positives Inokulationsergebnis bei einem Meerschweinchen erreicht, das zehn Monate nach der Impfung mit Tuberkulose fast aller Organe zugrunde ging.

23. **Kasuistische Mitteilungen über extragenitale und familiäre Syphilis,** von Reinhold Ledermann-Berlin. L. bringt aufserordentlich interessante Belege aus der Praxis zum Kapitel der „Syphilis insontium". Im Laufe der Jahre hat er nicht weniger als 104 Fälle von extragenitalem syphilitischen Primäraffekt, die sich an den verschiedensten Körperstellen fanden, nachweisen können. Ferner bringt er Beispiele von familiärer Übertragung und hereditärer Lues, auch von juveniler Tabes und Paralyse. Er betont hierbei den Wert der Wassermannschen Reaktion, die Gelegenheit bietet, besser als früher den syphilitischen Charakter der Affektionen mit Sicherheit nachzuweisen und auch die elterliche Syphilis da oft zu ergründen, wo bisher fehlende Anamnese oder absichtliches Leugnen bei Abwesenheit manifester Erscheinungen die Quelle der Infektion verborgen hielten. *W. Lehmann-Stettin.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

e. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Über einige Formen der Albuminurie und deren Physio-Pathologie, von Ceconi. (*Riv. crit. di Clin. med.* Okt. Nr. 39.) Verfasser kommt zu dem Schlufs, dafs das Problem der krankhaften Prädisposition der Nieren und deren Erkennung noch völlig ungelöst bleibt. *Hass-Hamburg.*

Kritik der lordotischen Theorie der orthostatischen Albuminurie, von G. Schreiber-Paris. (*Presse méd.* 1909. Nr. 84.) Schreiber untersuchte 30 Kinder, welche alle eine stark ausgebildete Lordose hatten. Aufser in einem Falle fand er nie Eiweifs, auch bei ganz extrem Lordotischen nicht. In dem einzigen Falle, in dem Eiweifs nachgewiesen wurde, handelte es sich um Amyloidniere. Aus seinen Untersuchungen geht jedenfalls hervor, dafs die Lordose allein nicht genügt, um Albumen zu erzeugen. *Gunsett-Strafsburg.*

Zur Frage der lordotischen Albuminurie, von BERNHARD VAS-Budapest. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 34.) S. hat an 150 Zöglingen eines Mädchenwaisenhauses Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Lordose und orthostatischer Albuminurie vorgenommen; die Ergebnisse haben die Behauptung JEHLES, daſs jede orthostatische Albuminurie durch Lordose bedingt sei, nicht in ihrem ganzen Umfang bestätigt. Von 26 Kindern mit Albuminurie orthostatischen Charakters wiesen nämlich nur 15 eine Lordose auf, bei den elf übrigen fehlte jede Spur einer solchen; andererseits schieden neun Kinder mit Lordose niemals Eiweiſs aus. Lordose ist demnach zwar häufig, aber sicher nicht immer die Ursache der orthostatischen Albuminurie. *Götz-München.*

Über die Abhängigkeit der Albuminurie vom Säuregehalt des Urins, von R. VON HOESSLIN-Neuwittelsbach. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 33.) An zwei genauer geschilderten Krankenbeobachtungen legt Verfasser seine auch sonst wiederholt gemachte Erfahrung dar, daſs mit einer spontan oder infolge von therapeutischen Eingriffen eintretenden Abnahme der Gesamtazidität des Urins gleichzeitig eine Beseitigung oder wenigstens eine Verminderung des Eiweiſsgehaltes und der etwaigen Cylinder im Urin zu konstatieren ist. Eine Ausnahme machen allerdings die ganz weit vorgeschrittenen und namentlich die urämischen Fälle. Zur Verminderung der Azidität, welche in erster Linie auf dem Gehalt an Phosphorsäure beruht, ist das Natron bicarbonicum in Dosen etwa von 8—15 g täglich zu empfehlen. Dasselbe wirkt auch auf die Elimination des Natriumchlorids durch die Nieren günstig ein. Zur quantitativen Bestimmung des Eiweiſses empfiehlt Verfasser seine sehr handlichen graduierten Eprouvetten, in denen durch Zentrifugieren des gekochten Urins die Messung in drei Minuten ausgeführt wird. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Prätuberkulöse und paratuberkulöse Albuminurie, von J. TEISSIER-Lyon. (*Semaine méd.* 1909. Nr. 48.) Als prätuberkulöse Albuminurie bezeichnet TEISSIER eine Albuminurie nicht tuberkulöser Art, welche bei jungen Leuten vorkommt, die später der Tuberkulose verfallen und einer tuberkulösen Familie entstammen. Diese haben einen ganz charakteristischen Urinbefund: intermittierende, morgendliche Albuminurie, Hypertoxizität des Urins, ohne Permeabilitätseinbuſse der Nieren und meistens mit hoher Molekulardiurese, oft wechselndem Puls, Temperatur und verminderter arterieller Spannung. Die ARLOING-COMMONTsche Serodiagnose ist gewöhnlich negativ. Die Albuminurie heilt ab und erst, wenn dies geschehen ist, beginnt der Ausbruch der Lungentuberkulose.

Ganz anders ist das Bild bei der paratuberkulösen Albuminurie, bei Individuen, welche nicht der Tuberkulose verfallen, bei denen die Heredität im Sinne einer tuberkulinösen Imprägnierung, einer Immunisierung gewirkt hat. Bei diesen ist die Molekulardiurese kleiner als normal, die Kryoskopie zeigt eine Verminderung der Permabilität, welche oft noch lange nach Verschwinden der Albuminurie anhält. Die arterielle Spannung ist vermehrt. Bei diesen Kranken ist die Seroreaktion stark positiv und bleibt es auch nach der Heilung. Auch der positive Ausfall der Okuloreaktion ist ein Zeichen der tuberkulinösen Imprägnation. *Gunsett-Straſsburg.*

Über postepileptische Albuminurie, von J. F. MUNSON-Sonyea N. Y. (*New York med. Journ.* 27. Nov. 1909.) M. kommt nach Besprechung der bezüglichen Literatur, welche bis auf 1854 (SEYFERT) zurückreicht, zu folgenden Schlüssen. Albuminurie nach epileptischen Anfällen kommt in etwa 20% aller Fälle vor, und zwar bei Männern weit häufiger als bei Frauen; schwere Anfälle disponieren mehr dazu als leichte. Der Zustand kommt nicht konstant bei demselben Patienten vor. Albuminurie ist beinahe ständig mit dem Befund an Cylindern, zuweilen in groſser Zahl und Verschiedenheit, verbunden. Das erste Auftreten von Eiweiſs kann jeder Zeit innerhalb

der ersten zwei Stunden nach dem Anfall stattfinden und bis zum vierten Tage nicht aufhören. In einer Anzahl von Todesfällen während oder kurz nach den Anfällen wurde fast konstant Kongestion der Nieren, mit Eiweifs im Lumen der Tubuli gefunden, ebenso zum guten Teil chronische Veränderungen. Es geht also mit Wahrscheinlichkeit aus diesen Betrachtungen hervor, dafs vielen schweren und manchen leichten Formen von epileptischen Anfällen Nierenkongestion nachfolgt; diese allein ist genügend zur Erklärung der Albuminurie und mancher Fälle von Cylindern. Es gibt aufserdem nicht wenige Fälle, bei welchen die histologische Untersuchung chronische Nephritis zeigt und alle diese Zustände führt M. auf Veränderungen chronischer Art, welche die Folge so oft wiederholter Kongestion sind, zurück.

Stern-München.

Über abdominell-palpatorische Albuminurie. (Eine klinische Analyse und experimentell-pathologische Studie zur Pathogenese der Albuminurie), von Julius Schreiber-Königsberg. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 97, Heft 1 u. 2.) Die palpatorische manuelle Kompression der Bauchwand in der epi-mesogastrischen Gegend kann oft eine kurzdauernde Albuminurie zur Folge haben, welche auf einer lokalen, durch Kompression der grofsen Gefäfse hervorgerufenen Zirkulationsstörung in den Nieren beruht. Die näheren Bedingungen dieser Albuminurie untersuchte S. zunächst an einer Reihe von Individuen, an denen die tiefen Gefäfse durch die Bauchwand hindurch leicht zu palpieren waren. Er fand dabei, dafs die spontane abdominell-palpatorische Albuminurie selten ist und auf Kompression der Pars suprarenalis oder renalis der Aorta beruht, nicht der Pars infrarenalis oder der Vena cava. Die Kompression der Pars renalis ist am häufigsten und auch leicht auszuführen und bewirkt regelmäfsig Albuminurie, diejenige der Pars suprarenalis ist seltener und schwieriger auszuführen. Diese arteriellen Albuminurien sind um so hochgradiger und dauern um so länger, je vollkommener und länger die Kompression ist. Sie sind auch im Durchschnitt von prozentisch hohem Eiweifsgehalt und treten immer rasch auf. Venös bedingte Albuminurien scheinen selbst nach stärkeren und länger einwirkenden Veränderungen des Drucks an der Vena cava sich langsamer zu entwickeln und relativ wenig Eiweifs zu enthalten.

Der Verfasser detaillierte sodann seine Versuche durch Erforschung des zeitlichen Verlaufs der Albuminurie bei Kompression und verglich seine Resultate am Menschen mit den bisher vorliegenden Tierversuchen. Während die vollständige Blutsperre der Niere beim Tiere zu Anurie führt, ist dies beim Menschen nicht der Fall, doch ist der beim Menschen während derselben entleerte Harn frei von Eiweifs. Mit der inkompletten Behinderung des Blutstroms geht hingegen eine Albuminurie mit relativ geringem Eiweifsgehalt einher. Nach Aufhören der Kompression, einerlei ob sie komplett oder inkomplett war, tritt bei Mensch und Tier eine hochgradige Albuminurie ein. Beim Menschen setzt sich die Albuminurie stets aus Serumalbumin und Globulin zusammen, bei Kindern auch aus Nucleoalbumin, bei Tieren ist letzterer der wesentliche Bestandteil. Beim Menschen sind nie Cylinder nachweisbar, beim Tiere sind Blutkörperchen eine regelmäfsige Erscheinung.

Die Arbeit schliefst mit Betrachtungen über den Ort der beginnenden Eiweifsausscheidung in der Niere bei der experimentellen Arterien- und Venenligierung. Im Gegensatz zu Senator sieht er das dabei entstehende eiweifshaltige Produkt, dafs er nach beiden Ligierungen in den Kapseln angehäuft fand, nicht mehr als Harn an.

Gunsett-Strafsburg.

Die Prognose der Albuminurie mit besonderer Berücksichtigung der Versicherungsmedizin, von Fürbringer-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 47.) Zu den gutartigen Albuminurien, die allein für die Lebensversicherung in

Betracht kommen, gehören: die physiologische Albuminurie, die nur auf bestimmte, außergewöhnliche Anlässe hin, nach anstrengender Muskelarbeit, besonders nach Märschen mit thorax komprimierender Bepackung, nach ermüdenden sportlichen Übungen (Sportsalbuminurie), nach intensiven psychischen Erregungen, ferner nach kalten Bädern, übermäßiger Eiweißzufuhr, vor oder bei der Menstruation, bei sexuellem Orgasmus auftritt; ferner die orthostatische oder richtiger lordotische Albuminurie und die mit ihr verwandte Pubertäts- oder juvenile Albuminurie (Albuminuria adolescentium); die jüngst von Eichhorst beschriebene, als Nachkrankheit infektiöser Nephritiden auftretende chronisch-intermittierende Albuminurie, die meist das zweite oder dritte Dezennium betrifft und durch geringgradige, anfallsweise auftretende Eiweißausscheidungen ausgezeichnet ist; die von F. als Nephritis chronica levis oder superficialis bezeichnete Albuminurie, die innerhalb weiter Grenzen mit der von Noorden als besondere Gruppe der gutartigen Albuminurien angeführten dauernden Eiweißausscheidung nach akuter Nephritis und mit der gutartigen Altersnephritis zusammenfällt, aber auch enge Berührungspunkte mit der chronischen Paedonephritis Heubners und mit der erwähnten chronischen intermittierenden Nephritidenalbuminurie Eichhorsts hat, durch Jahre und Jahrzehnte dauernde permanente oder intermittierende Ausscheidung von Eiweiß, Cylindern und Blutkörperchen charakterisiert ist, aber auch bei langer Dauer nicht zu den bedrohlichen, den schweren Nephritiden eigentümlichen Folgen führt. Diese verschiedenen Formen von Albuminurie haben im allgemeinen eine relativ günstige Prognose; doch ist stets zu bedenken, daß sich hinter dem klinischen Bilde einer solchen gutartigen Albuminurie zuweilen eine schwere Nephritis verbirgt oder daß die gutartige Albuminurie in eine chronische Nierenentzündung übergehen kann. Wenn es demzufolge nach F.s Ansicht auch nicht gerechtfertigt ist, Leute mit derartigen Albuminurien grundsätzlich von der Aufnahme in die Lebensversicherung auszuschließen, so darf ihre Aufnahme doch nur nach langer, sorgfältigster, unter Anwendung aller Hilfsmittel erfolgter Beobachtung empfohlen werden; Leute mit Nephritis chronica levis oder superficialis sollen sogar nur unter reichlicher Prämienerhöhung oder bedingungsweise aufgenommen werden, und auch das nur, wenn der gutartige Charakter der Albuminurie durch lange Zeit hindurch fortgesetzte Prüfung festgestellt ist. — Subakute, nach schweren akuten Nephritiden auftretende Eiweißausscheidungen heilen, auch wenn sie zu einer leichten Alteration des Gefäßsystems und des Allgemeinbefindens geführt haben, allerdings nur ganz vereinzelt vollständig aus; in solchen Fällen ist daher nicht einfache Ablehnung der Versicherung, sondern Zurückstellung auf längere Zeit zu beantragen.

Die Prognose der Schwangerschaftsalbuminurie ist, sofern es sich nicht um eine ausgesprochene Nephritis handelt, gut. Auch die bei verschiedenen Stoffwechsel- und chronischen Infektionskrankheiten vorkommenden Albuminurien sind an sich meist gutartiger Natur. Ganz harmlos sind die in den letzten Jahren bekannt gewordenen renal-palpatorischen und abdominell-palpatorischen Albuminurien, die dazu mahnen, den zur Untersuchung nötigen Harn stets vor der Abstoßung der Unterleibsorgane entleeren zu lassen.

Für die Unfallversicherung ist wichtig, daß nach Traumen entstehende akute Nephritiden, wenn sie nicht tödlich enden, rasch heilen, und daß chronische Nephritiden durch Traumen verschlimmert werden können. Bezüglich der Invaliditätsversicherung ist zu berücksichtigen, daß manche akute Nephritiden nach langer Dauer und schwerer Schädigung des Allgemeinbefindens schließlich in Heilung übergehen, und daß genuine Schrumpfniere nicht selten viele Jahre hindurch ohne erhebliche Beschwerden und ohne Störung der beruflichen Tätigkeit ertragen wird.

Götz-München.

Einige Bemerkungen über das Auftreten von Albuminurie und Cylindrurie bei chronischer Koprostase, von WILHELM EBSTEIN-Göttingen. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1909. Nr. 41.) Unter Bezugnahme auf die in Nr. 16 der gleichen Wochenschrift erschienene Arbeit WASSERTHALS über dieses Thema weist EBSTEIN auf sein 1901 erschienenes Buch hin. Im Gefolge der chronischen Obstipation kommt es nicht selten zu Albuminurie oder Cylindrurie oder beiden. Zum Nachweis der Albuminurie genügen nicht Koch- oder Salpetersäureproben, die die Anwesenheit von Serumeiweifs anzeigen. Die Therapie mufs auf Evakuation des Darmes hinzielen. Die Aussichten auf Dauerheilung sind günstige. In einem mitgeteilten Falle besteht die Heilung einer angeblichen schweren Nephritis ein Dezennium; sie kann auch in den Fällen eintreten, bei denen sich auf den Harncylindern Fettröpfchen aufgelagert finden.

Arthur Schucht-Danzig.

Eine Modifikation der ESBACHschen Eiweifsprobe, von KWILECKI-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 26.) Dies Verfahren soll es ermöglichen, den Eiweifsgehalt eines Urins in zwei bis sechs Minuten festzustellen, und besteht darin, dafs die Urinprobe mit zehn Tropfen einer 10%igen Eisenchloridlösung vermischt wird und dann nach dem angemessenen Zusatz von ESBACHscher Lösung durch Ein tauchen in 72° C heifses Wasser erwärmt wird. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über eine neue Schnellmethode zur Eiweifsbestimmung im Harn, von AUFRECHT-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 46.) Der Verfasser hat einen Apparat konstruiert, mit dessen Hilfe man den Eiweifsgehalt des Harns in wenigen Minuten genau bestimmen kann. Der Apparat besteht aus einem zylindrischen, starkwandigen Glasrohre, das in seinem unteren Teile verengt und mit Marken versehen und graduiert ist; in diesem Rohre werden genau 4 ccm des sauer reagierenden, bzw. mit Essigsäure versetzten Harnes und 3 ccm der Reagensflüssigkeit (bestehend aus 1,5% Pikrinsäure und 3% Zitronensäure) ohne starkes Schütteln gemischt und zwei Minuten lang zentrifugiert, die Menge des vorhandenen Eiweifses kann dann an der Graduierung abgelesen werden. Auch bei stark eiweifshaltigen Harnen ist eine Verdünnung nicht notwendig. — Auch der Gehalt des Harns an Propeptonen läfst sich mit dem Apparat ziemlich genau bestimmen: 4 ccm des propeptonhaltigen Harns werden zunächst in einem gewöhnlichen Reagensglase erhitzt; das abgeschiedene Albumin wird durch Filtration beseitigt, das Filtrat nach dem Erkalten in den Apparat gebracht, bis zur Marke U mit absolutem Alkohol versetzt und zwei Minuten lang zentrifugiert, der Niederschlag zeigt dann den Gehalt an Propeptonen in Prozenten an. — Die Methode eignet sich auch zur Bestimmung der Eiweifsmenge im Blut, in Transsudaten usw. *Götz-München.*

Über Eiweifsproben in der Praxis, von ENGELS-Düsseldorf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 47.) Die von LENHARTZ in dem Lehrbuch „Mikroskopie und Chemie am Krankenbett" zum Nachweis von Eiweifs im Urin empfohlene Kochprobe nach vorherigem Säurezusatz ist unzuverlässig und daher zu verwerfen. Die sicherste und bequemste Probe ist die Kochprobe mit nachherigem Zusatz von verdünnter Essig- oder konzentrierter Salpetersäure; die Probe wird am besten in der Weise ausgeführt, dafs man von dem Inhalt des etwa zur Hälfte gefüllten Reagenzglases nur den oberen Teil zum Kochen bringt, man kann dann in demselben Glase den ungekochten Harn und den Harn mit gefälltem Eiweifs direkt miteinander vergleichen. Neben dieser Reaktion ist am meisten die Essigsäure-Ferrocyankaliumprobe und allenfalls noch die Salpetersäureschichtprobe zu empfehlen. *Götz-München.*

Wert des ESBACH-PAQUETschen Verfahrens zur quantitativen Eiweifsbestimmung im Urin, von L.-L. OZOUX. (*Presse méd.* 1909. Nr. 101.) PAQUET wollte, um bei der ESBACHschen Reaktion Zeit zu sparen, das Gemisch bis zum Sieden er-

hitzen und bereits nach 20 Minuten den ausgefällten Niederschlag ablesen. Ozoux weist durch eine Reihe von Versuchen nach, dafs diese Methode sich nicht verwerten läfst. *Gunsett-Strafsburg.*

Eine einfache, für klinische Zwecke geeignete Methode der Bestimmung des Ammoniakgehalts im Urin, von G. C. Mathison. (*Brit. med. Journ.* 20. März 1909.) Verfasser empfiehlt die von Malfatti angegebene Methode mit einer kleinen Modifikation, welche im Zusatz von 15 g neutralem oxalsaurem Kalium zum Urin und zwei Minuten langem Schütteln vor dem Titrieren besteht. Die Vorschrift lautet: 25 ccm Urin werden mit 50 ccm destilliertem Wasser in einer gröfseren Flasche vermischt und mit vier Tropfen einer 1%igen alkoholischen Lösung von Phenolphtalein versetzt. Aus einer Kürette fügt man 10%ige Normalsodalösung bis zur Erzeugung einer bleibenden Rosafarbe zu. Dann setzt man eine Mischung von etwa 5 ccm gewöhnlichem Formalin mit ebenso viel Wasser nebst der zur Neutralisierung nötigen Menge 10%iger Normalsodalösung und einem Tropfen Phenolphaleinlösung zu bis zum Verschwinden der Rosafärbung; ein weiterer Zusatz von Dezinormalsodalösung bis zur Wiederherstellung der Rosafärbung gibt den Ammoniakgehalt an, indem 1 ccm der Lösung 0,0017 NH_3 entspricht. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Bestimmung des im Urin ausgeschiedenen Ammoniaks und ein neues Instrument zur schnellen Bestimmung, von H. R. Harrower-Chicago. (*Med. Record.* 28. Aug. 1909.) H. hält die quantitative Bestimmung des Ammoniaks im Urin und besonders dessen Beziehungen zum Harnstoffindex für sehr wichtig, und gibt ein einfaches Instrument an, um diese Bestimmung in der Sprechstunde ohne Zeitverlust jeweils vornehmen zu können. Die chemischen Grundlagen der Bestimmung müssen im Original eingesehen werden. *W. Lehmann-Stettin.*

Verschiedenes.

Düsseldorf, 24. April 1910.

Sehr geehrter Herr!

Seite 355 des Heftes 8 der *Monatshefte*, Jahrgang 50, findet sich Zeile 7 eine Erörterung über das französische Wort „Vespasienne". Wenn die dort aufgeworfene Frage als an den Leserkreis gerichtet aufgefafst werden darf, ist mir wohl erlaubt, sie zu beantworten. Kaiser Vespasian legte eine Steuer auf die öffentlichen Aborte Roms. Auf die unästhetische Seite der Steuer aufmerksam gemacht, antwortete er: „Pecunia non olet." Daher auch die Entstehung dieser Redensart. Seitdem tragen in Italien und Frankreich die öffentlichen Pissoirs seinen Namen. Der Ausdruck ist übrigens nicht fair, er hat einen humoristischen Beigeschmack. Der gesellschaftsfähige Ausdruck ist urinoir.

Mit bester Hochachtung

Dr. Hoffmann, Assistenzarzt der Hautklinik.

Zur Desinfektion der Haut nach Grossich, von G. Hesse-Dresden. (*Centralbl. f. Chir.* 1910. Nr. 15.) Hesse macht darauf aufmerksam, dafs bei diesem Desinfektionsmodus nicht die offizinelle Jodtinktur verwandt werden darf, sondern nach Grossich soll von der offizinellen Jodtinktur eine 10—12%ige Verdünnung hergestellt werden. Er selber verwendet eine etwas stärkere Lösung, er setzt 20 ccm der offizinellen Jodtinktur 80 ccm Alkohol zu. *Gunsett-Strafsburg.*

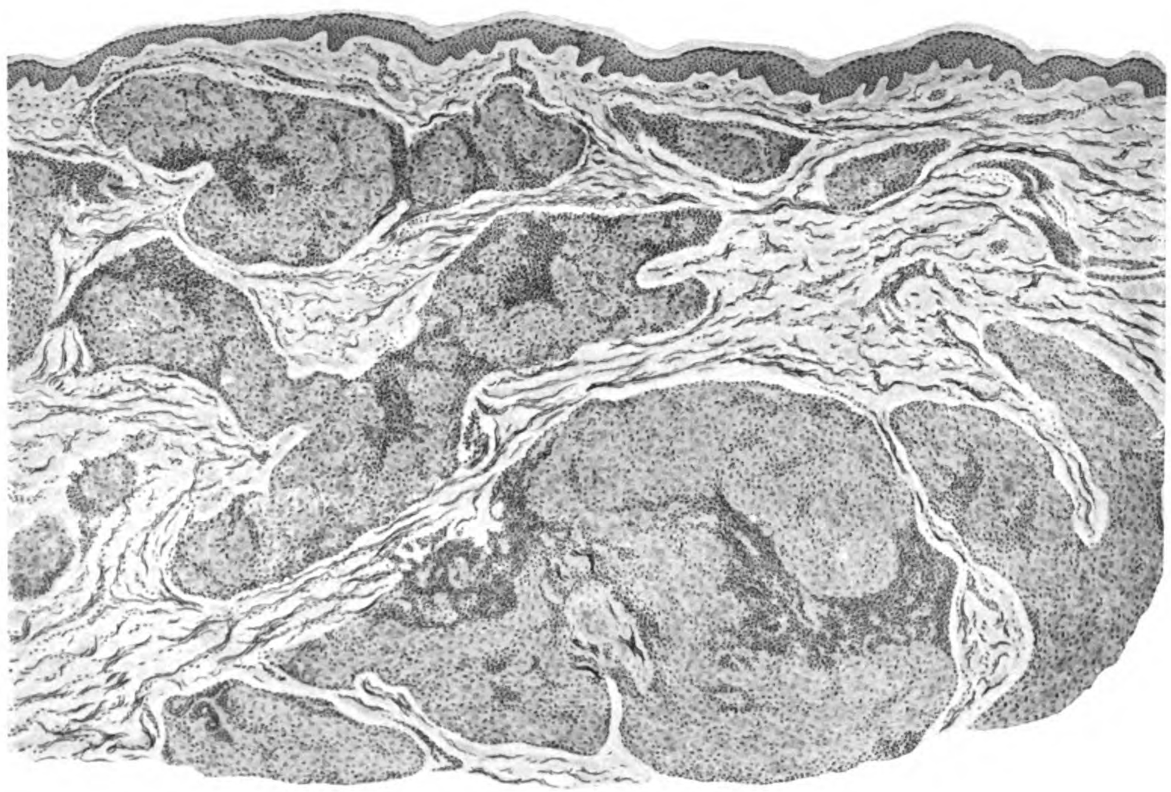


Fig. 3. Boecksches Sarcoïd.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

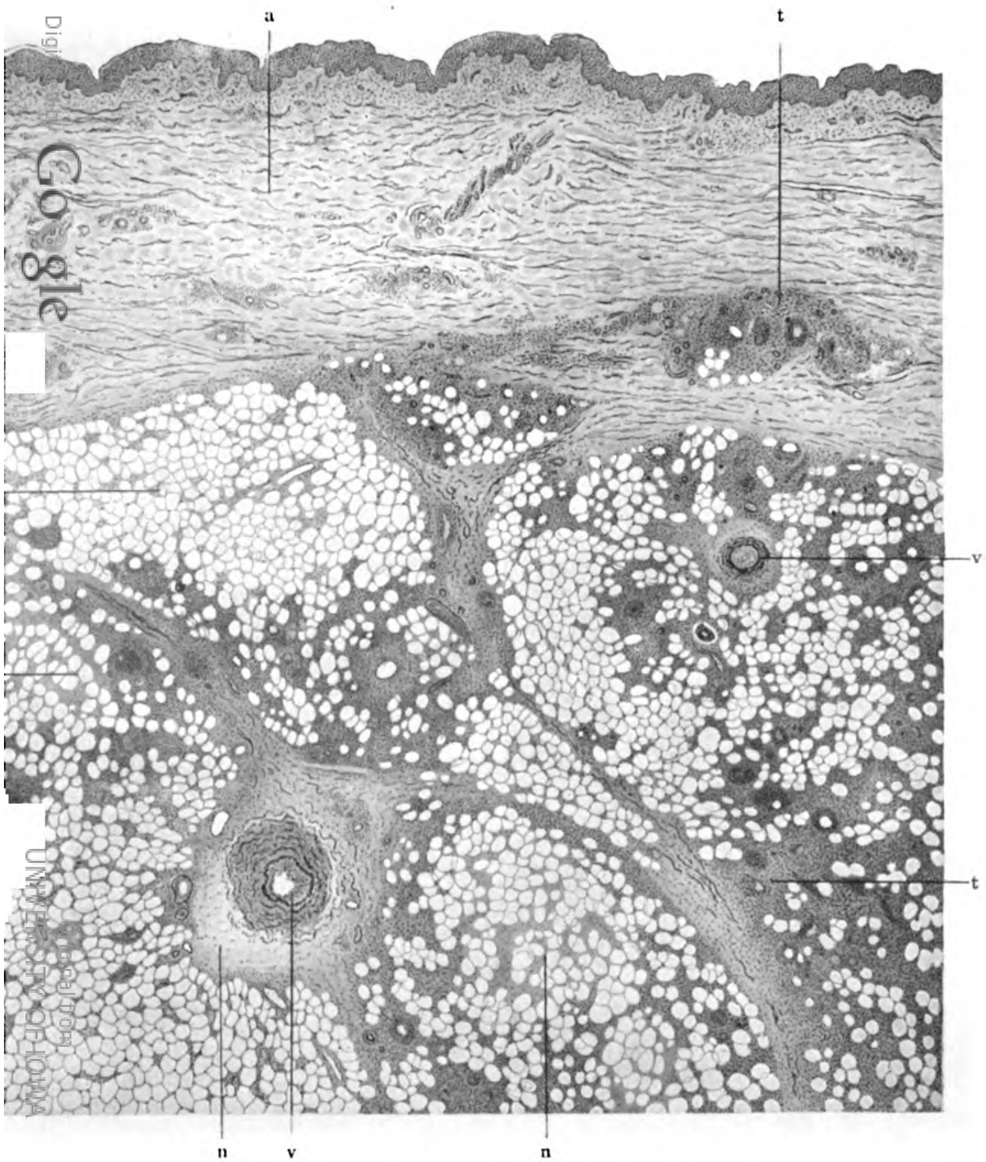


Fig. 8. Sarcoïde Typus III.

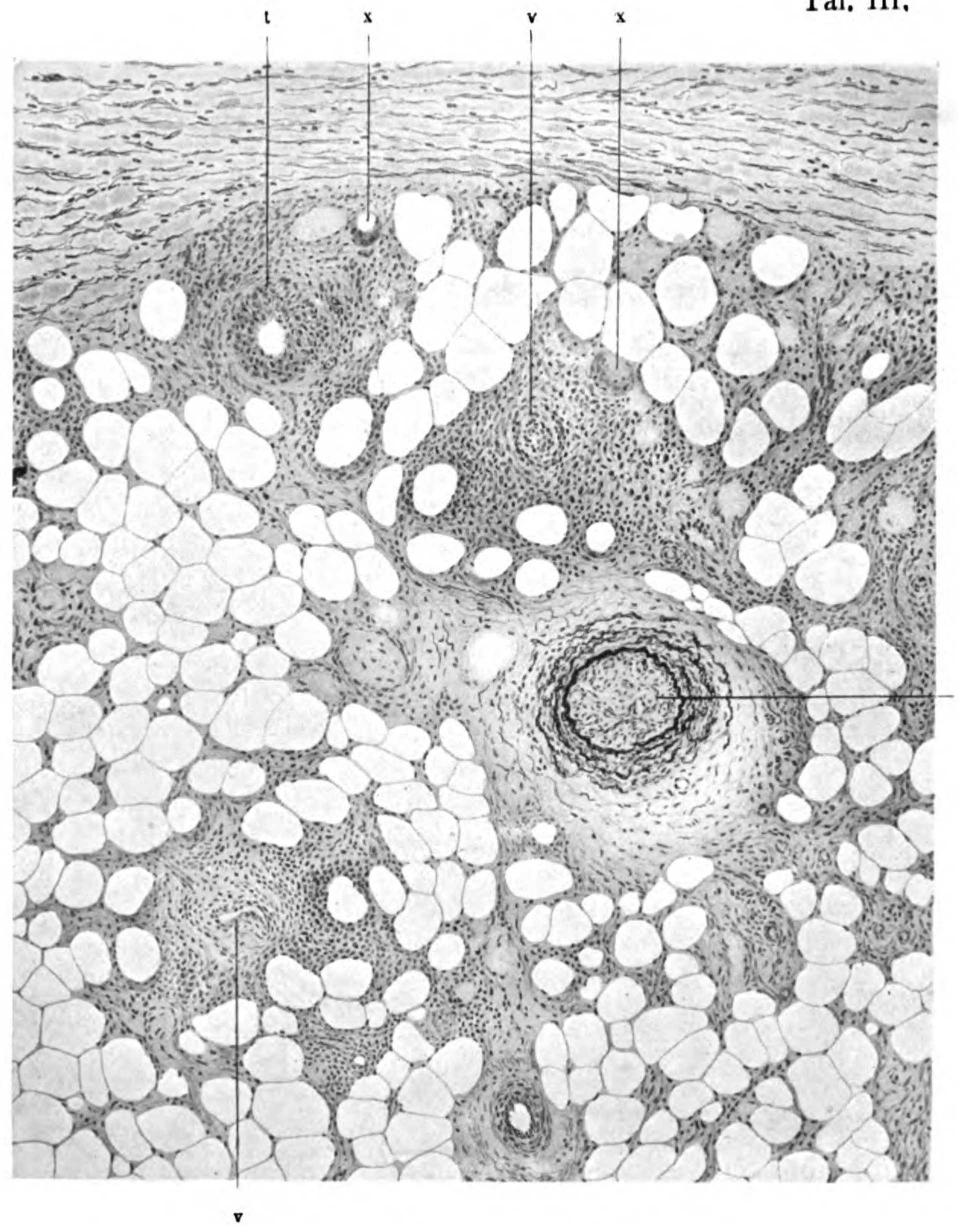


Fig. 9. Sarcoïde Typus III.

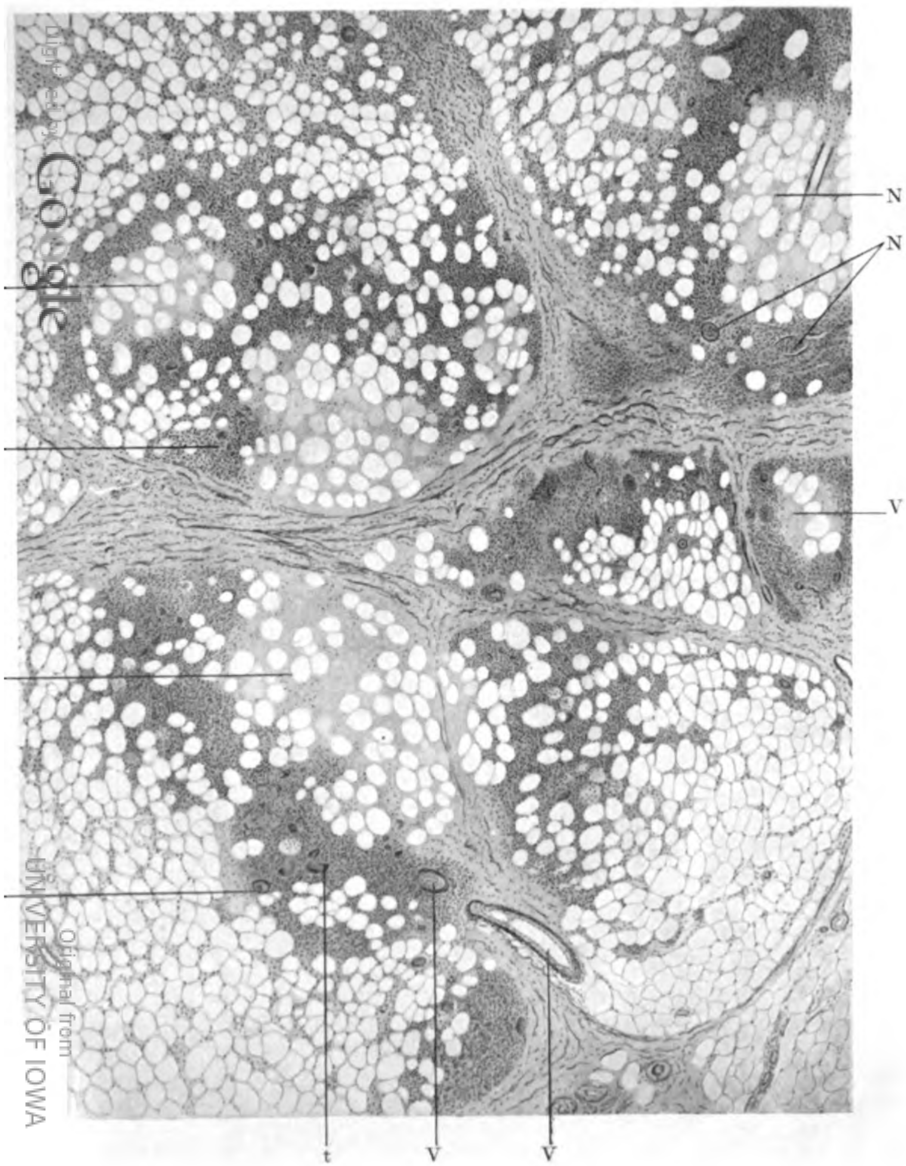


Fig. 10. Sarcoïd Typus III.

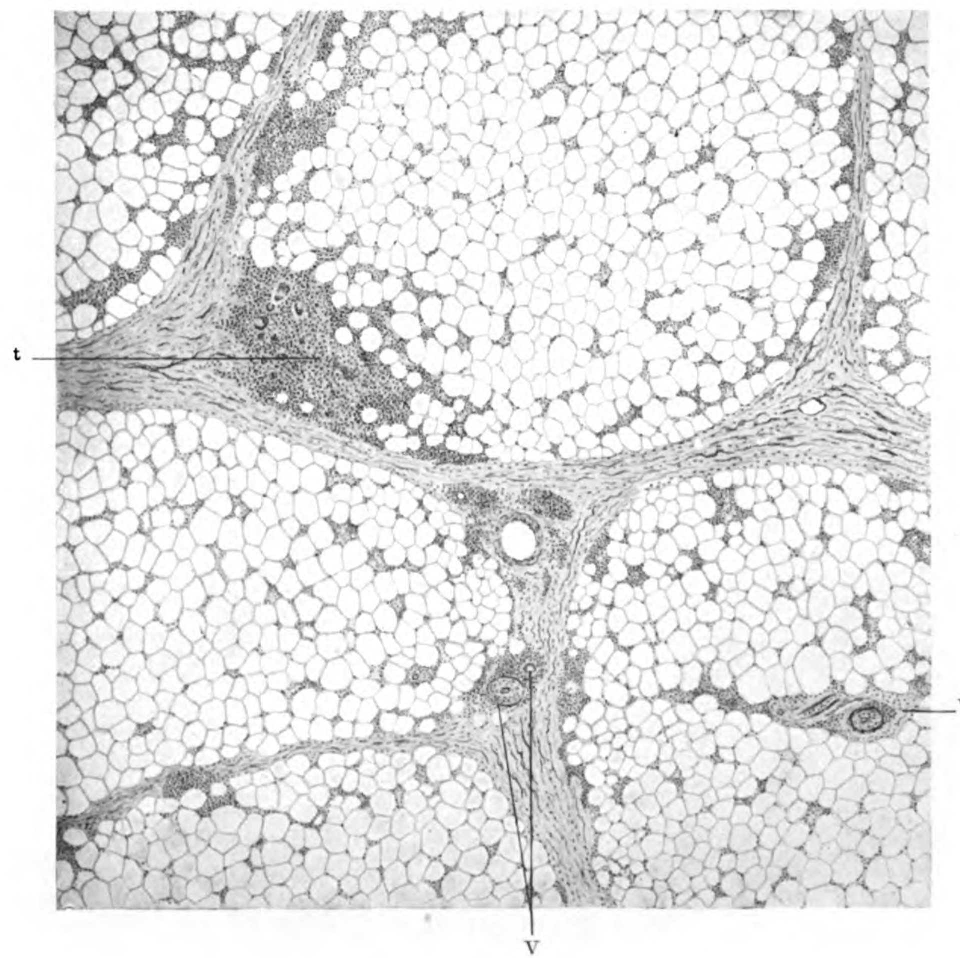


Fig. 11. Erythema nodosum.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 50. | №. 11. | 1. Juni 1910.

Generalisierte Pityriasis rubra pilaris. — Ausgebreitete leukoplasiforme Affektion verschiedener Schleimhäute. — Syphilis.

Von

Oberarzt, Dr. med. LUDWIG NIELSEN-Kopenhagen.

Mit drei Abbildungen im Text.

O. J., 21 Jahre alt, Metzgergehilfe, aufgenommen in meine Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Friederichsberg-Hospital am 8. Februar 1907, entlassen am 1. April 1908. (Vorgestellt in der Dänischen dermatologischen Gesellschaft am 2. Oktober und am 6. November 1907.)

Keine Hautkrankheiten in der Familie. Der Vater ist an Lungenentzündung gestorben, die Mutter leidet an chronischem Gelenkrheumatismus; von seinen sechs Geschwistern ist einer taubstumm, die andern sind gesund.

Patient ist niedrig von Wuchs (Gewicht 58½ kg), mittelkräftig, brünett. Die Lanugohaare überall sehr schwach ausgesprochen; er ist bartlos, hat aber normalen Haarwuchs der Kopfhaare, in den Achselhöhlen und in der Regio pubica. Er ist immer früher gesund gewesen, besonders hat er niemals an Hautkrankheiten gelitten mit Ausnahme, wie es scheint, einer gewöhnlichen Impetigo faciei als Kind und etwas Akne faciei.

Bei der Aufnahme ins Krankenhaus hatte er keine Hautkrankheit, litt aber an Gonorrhoe und Ulcus induratum glandis. Ende Februar zeigte sich ein leichter erster Ausbruch von Syphilis (leichte papulate Roseola und Polyadenitis), welcher unter Cur. inunctionis (50), womit er Mitte April aufhörte, schnell wieder verschwand. Er blieb doch im Krankenhause wegen seiner Gonorrhoe, die einen chronischen Verlauf nahm und mit Prostatitis und Epididymitis kompliziert wurde.

Abgesehen von diesen venerischen Krankheiten war Patient völlig gesund. Ernährung gut, Funktionen normal. Die Sthethoskopie und die übrige objektive Untersuchung, auch des Hämoglobingehaltes, zeigten normales Verhalten. Harn ohne Eiweifs und Zucker. Die Schmierkur hatte keinerlei Hautirritation hervorgerufen.

Nach vorausgehenden Kopfschmerzen während einiger Tage wurde am 6. Mai ein ganz leichtes Rezidiv von Syphilis nachgewiesen, nämlich nur eine einzelne Papel auf dem hinteren Teil der Zungenoberfläche, und gleichzeitig der erste Anfang der Pityriasis rubra pilaris, welche doch erst später als solche diagnostiziert wurde, weshalb auch die Journalaufzeichnungen im ersten Teil des Krankheitsverlaufes nicht sehr detailliert sind. Das Exanthem, das ganz akut entstanden war, zeigte sich auf der Vorderfläche des Truncus, besonders auf der Brust, als hell hyperämische, zum Teil konfluierende, ungefähr erbsengroſse und gröſsere Flecken, entstanden durch dichte Zusammenstellung punktueller, Cutis anserina ähnlicher, papulöser Elemente; Andeutung ähnlicher Flecken an einzelnen Stellen der Extremitäten. Es bestand etwas Hautjucken, übrigens Wohlbefinden. Trotz einer gewissen Ähnlichkeit mit Syphilide papuleuse ponctuée bot das Exanthem als Ganzes nicht den Charakter der Syphilis dar, und da keine Voraussetzung vorlag, es als medikamentell aufzufassen, war sein Ursprung vorläufig unklar. Patient wurde doch wegen der Papel auf der Zunge in Inunktionskur gesetzt; da das Exanthem sich indessen schnell verbreitete, von den Schlaf störendem Jucken begleitet, wurde die Kur vier Tage später seponiert.

Nach einer Woche war das Exanthem über einen groſsen Teil der Brust diffus verbreitet; auf dem Unterleibe, dem Rücken, den Nates und in geringerem Grade auf den Extremitäten fanden sich zahlreiche, gröſsere und kleinere, Cutis anserina ähnliche unregelmäſsige Flecken. Die Effloreszenz, die überall eine follikuläre Lokalisation hatte, wurde sehr schnell nach ihrem sukzessiven Hervorkommen von einer leichten, fein kleienförmigen Schuppenschicht gedeckt, besonders an der Spitze der follikulären Elemente. Auf den beiden Wangen fand sich ebenfalls eine diffus verbreitete, kleienförmige Abschuppung, doch ohne daſs hier ein Erythem bemerkt war, welches sich erst nach Entfernung der Schuppen zeigte.

Trotz Bettlagern, Milchdiät und Pudern verbreitete sich das Exanthem fortwährend bis gegen Ende Mai, sowohl am Truncus als auch auf die Extremitäten, besonders die Unterextremitäten, hinaus; die Arme waren weniger angegriffen, namentlich die Hände waren immer vollständig frei. Überall zeigten sich dieselben miliären, leicht erhabenen, Cutis anserina ähnlichen, trockenen, nicht glänzenden Elemente, zum Teil isoliert, meistens aber dicht zusammengestellt in verschieden groſsen, zum Teil diffus konfluirenden erythematösen Flecken, welche schnell eine leicht und fein schuppende Oberfläche bekamen. Eine ungefähr kinderhandtellergroſse Plaque am linken Ellenbogen war besonders stark schuppend mit Neigung zur Fissurbildung.

Das Hautjucken, welches das Entstehen des Exanthems begleitete und gegen Ende Mai aufhörte, war trotz Antipyrin und Bromkalium öfters so stark, dafs es den Schlaf störte, und war dann von einiger nervöser Unruhe begleitet. Ein einzelnes Mal (am 17. Mai) wurde bei dem Krankenbesuche wahrgenommen, dafs das stark juckende, frisch hervorgesprossene Erythem ein wenig urticariell erhaben war. Es zeigten sich doch niemals Kratzphänomene; aber auf der erwähnten fissurierten und stark schuppenden Plaque am linken Ellenbogen zeigte sich von der Mitte Mai an häufig etwas Neigung zu bisweilen stark juckender Ekzematisation der ganzen Oberfläche oder eines Teils derselben, ebenso wie sich stellenweise ein wenig seröse Exsudation der schuppenden Haut in der Regio pubica und etwas später auf dem Scrotum zeigte, begleitet von geringer Schmerzhaftigkeit der nach der Syphilis ungefähr nufsgrofsen Glandulae inguinales. Auch einzelne kleine Flecken an der Brust und im Gesicht waren, doch nur während weniger Tage, ein wenig feucht auf der Oberfläche. Es wurde niemals Bullabildung beobachtet, und mit Ausnahme der genannten kleineren Stellen war die Effloreszenz sonst überall vollkommen trocken, fein schuppend.

Abgesehen von dem durch das Jucken zeitweise etwas gestörten Schlaf waren die Funktionen fortwährend in Ordnung und das Allgemeinbefinden gut. Patient nahm sogar im Laufe des Monats Mai um 1 kg an Gewicht zu. Es fand sich keine Temperatursteigerung, der Urin und der Hämoglobingehalt waren normal. Die syphilitische Papel an der Zunge verschwand durch ausschliefsliche Lokalbehandlung, und Patient bot übrigens keine anderen syphilitischen Symptome dar als eine kaum mittelstarke Polyadenitis.

Schon Ende Mai war die frische hyperämische Farbe der Effloreszenz etwas verblichen. Im Juni ging Patient zu gewöhnlicher Kost über, und durch Behandlung mit Salicylsalbe, wozu später 1% Ol. Cadini zugesetzt wurde, samt warmen Bädern schien die Effloreszenz ganz verschwinden zu wollen, indem am Ende dieses Monats nur eine leicht bräunlichrote Farbe restierte, zum Teil auch eine geringe feine Abschuppung, wesentlich lokalisiert am Trunkus mit diffuser Verbreitung an der Brust und mehr fleckenweise am Rücken, an den Nates und am Unterleibe verteilt. Die Haut des Gesichts war fast normal. Die erwähnte Ekzematisation hielt sich namentlich am Scrotum mit Intermissionen fast bis Ende Juli. Im Laufe des Monats Juni waren im Mons veneris und im Nacken unterhalb der Haargrenze einige kleinere, gewöhnliche Follikulitiden und Perifollikulitiden entstanden, einzelne mit einem zentralen Eiterpunkte versehen, und aufserdem eine leichte Blepharitis marginalis und leichte Injektion der Conjunctiva palpebrarum.

Vom Anfang bis gegen Ende Juli entstand indessen eine sehr be-

deutende Exacerbation des Hautleidens, wodurch dasselbe sowohl an Intensität als an Extensität weit stärker als früher wurde. Es entstand zuerst und am stärksten am Truncus, allmählich auch über die Extremitäten, besonders die unteren, hinaus, eine Eruption aufserordentlich zahlreicher, Cutis anserina ähnlicher Elemente, entsprechend den Glandulae pilo-sebaceae, mit einer kleinen festsitzenden Schuppe auf der Spitze. Am ersten und am dichtesten entstanden sie in den präformierten, leicht rotbraunen Flecken und Flächen und mit der Farbe derselben, darauf entstand aber zugleich aufserhalb dieser Stellen eine diffus verbreitete Cutis anserina mit etwas kleineren, dichtgestellten Elementen fast von der Farbe der Haut und auf normaler Haut, welche doch schnell einen leicht erythematösen Anstrich annahm und allmählich zugleich ganz unbedeutend kleienförmig schuppend wurde. Diese diffus verbreitete Effloreszenz ward doch auch an einigen Stellen fleckenweise stärker akzentuiert mit gröfseren peripilären Coni und stärkerer Rötung und Schuppenbildung. Die Wangen wurden ebenso wie früher diffus schuppend, und zugleich entstand starke Schuppenbildung im Haarboden, begleitet von Haarausfall; es fand sich wieder etwas Jucken ein, das am Ende des Monats häufig den Schlaf störte. Die Funktionen waren übrigens in Ordnung und der generelle Zustand vollkommen gut; er verlor doch im letzten Teile des Monats $1^1/_2$ kg an Gewicht (unter Milchdiät). Der Urin war fortwährend ohne Eiweifs und der Hämoglobingehalt normal. Eine geringe Temperatursteigerung (bis 38,4) während ein paar Tagen am Ende Juli rührte von einer leichten Epididymitis gonorrhoica her; die Temperatur war sonst immer normal. — Es war fortwährend kein neuer Ausbruch der Syphilis, aber Ende Juli entwickelte sich eine leukoplasiforme Affektion der Mundschleimhaut. (Der Übersicht halber wird später eine gesammelte Darstellung der Schleimhautaffektionen und des ganzen Verlaufes seiner Syphilis während des langen Hospitalaufenthaltes gegeben werden.)

Im Juli bekam Patient wieder Milchdiät und Einpudern, darauf aber gewöhnliche Kost und vom 19. Juli an Pill. asiaticae, eine Pille dreimal täglich, und Schwefelsalicylsalbe, aufserdem warme Bäder.

Ende Juli war der Zustand folgender:

Die Effloreszenz als ganzes vollkommen symmetrisch.

Der Haarboden überall von einer dichten, kleienförmigen, nicht fettigen Schuppenschicht gedeckt, am stärksten in den Schläfengegenden und am Hinterkopfe. Die Haut unterhalb derselben diffus hyperämisch, nicht nässend, scheint ganz leicht infiltriert, oder vielmehr ein wenig sukkulent, aber ohne peripiläre Coni. Die Haare trocken, stark diffus gelichtet, zum Teil auch in kleineren, erbsengrofsen Flecken; fast überall sehr lose sitzend.

Das Gesicht. Über beiden Wangen eine dichte, diffus verbreitete, an der Oberfläche feinkörnige Schicht gräulicher, kleienförmiger, sehr festsitzender Schuppen, nach deren Entfernung sich die Haut leicht infiltriert und von gräulichroter, leicht bräunlicher Farbe zeigt mit zahlreichen kleinen Schuppenzapfen in den ganz leicht hervorragenden und leicht dilatierten Follikelmündungen. (Wie früher erwähnt, war Patient vollkommen bartlos mit sehr schwach entwickelten Lanugohärchen.) Eine ähnliche feine, kleienförmige Abschuppung, zum Teil fleckenweise, streckt sich auch über andere Teile des Gesichts aus; doch finden sich namentlich in der Mittelpartie desselben Stellen, wo die Haut vollkommen normal ist, so auf und um den Augenlidern, auf dem gröfsten Teile der Nase, in der Regio perioralis, auf dem Kinne und auf Partien der Stirn und der Ohren. Dagegen findet sich ganz leichte Abschuppung auf dem trockenen, leicht gräulichroten Prolabium. Auf der gesunden Haut der Nase und der Oberlippe mehrere ziemlich grofse gewöhnliche Komedonen, die vor dem Anfang des Hautleidens bestanden haben. Es findet sich ein wenig Lichtung der Augenbrauen und Schuppenbildung im Boden derselben, ebenfalls der Cilien, leichte Blepharitis marginalis und leichte Conjunctivitis palpebralis; kein Ektropion. Während die genannte Affektion der Haut sonst vollkommen trocken ist, findet sich, wie vorübergehend im ersten Stadium der Krankheit, vor dem linken Ohre und auf ein paar kleinere Flecken an beiden Wangen unbedeutende seröse Exsudation, die Schuppen zusammenklebend.

Im Nacken unterhalb der Haargrenze eine gröfsere, etwas infiltrierte Plaque, chagriniert wegen dichtgestellter follikulärer Coni, mit einer dichten, festsitzenden feinen Schuppenschicht, die sich nach oben direkt in den Haarboden hinauf fortsetzt. Seitwärts von und namentlich unterhalb dieser diffus affizierten Hautpartie finden sich, wie davon abgesprengt, kleinere, dunkel hyperämische Flecken, gebildet durch dicht nebeneinander gestellte, ungefähr stecknadelkopfgrofse, follikuläre, an der Spitze schuppende, stark rauhe Coni. Die Flecken strecken sich von da aus auf dem Rücken hinab und in geringerer Zahl nach vorn auf den Hals, wo diese Coni nach aufsen gerade oberhalb der Claviculae in regelmäfsig parallelen Linien zusammengestellt sind, die anatomische Verteilung der Follikeln markierend. Übrigens ist ein grofser Teil der Haut der Vorderfläche des Halses normal. Ebenso wie im Juni finden sich jetzt im Nacken einzelne kleinere, gewöhnliche, entzündungsartige Follikulitiden und Perifollikulitiden.

Die ganze Rücken- und Seitenfläche des Truncus ist dicht übersät (die Regg. scapulares doch in geringerem Grade) mit im ganzen symmetrisch verteilten, ungefähr erbsen- bis mandelgrofsen, dunkel hyperämischen, in der Oberfläche etwas infiltrierten Flecken von rundlich-

länglicher oder unregelmäfsiger Form; die meisten fliefsen mit einem gröfseren oder kleineren Teil ihrer Circumferenz mit einander zusammen. Die Flecken werden durch eine ganz dichte Zusammenstellung ziemlich spitzer, ungefähr stecknadelkopfgrofser, follikulärer Coni gebildet und haben eine chagrinierte, weifsliche Oberfläche, indem die Hyperämie wesentlich gedeckt wird durch kleienförmige, festsitzende Schuppen und weifsliche Hornzapfen, die etwas aus den nach ihrer Entfernung offenstehenden Follikelmündungen hervorragen. Überall zwischen den Flecken hat die Haut eine schwach rötlich-gelbe und zugleich etwas gräuliche Farbe mit dem Aussehen einer diffus verbreiteten Cutis anserina mit dichtgestellten, gleich grofsen, aber hier kleineren follikulären Elementen mit ganz feiner Schuppenbildung in der Mündung jedes einzelnen Conus; zugleich findet sich eine leicht gräuliche Überstäubung in den feinen Furchen der Haut, welche im ganzen ein wenig mehr markiert sind als normal. Die erwähnten Flecken bilden dann wie eine Akzentuation dieser diffusen Affektion. Die ganze Oberfläche der Haut fühlt sich stark rauh wie ein Reibeisen.

An den Nates, sich in die Fossa analis, aber in schwächerem Grade, hineinerstreckend, und an den Seitenpartien des Beckens ist die Haut in ganz ähnlicher Weise affiziert, nur sind die stark schuppenden und rauhen Flecken hier fast diffus konfluierend und die Hyperämie vollkommen durch die Schuppen gedeckt.

Die ganze Vorderfläche des Truncus bietet ganz dasselbe Aussehen wie die Hinterfläche dar mit diffus verbreiteter, schwächerer Cutis anserina und stärker markierten, aber sparsameren und mehr zerstreuten Flecken als auf dem Rücken. Nur findet sich auf der Vorderfläche des Thorax zugleich eine sehr grofse, dreieckige, diffus schildförmige Plaque mit der Basis nach oben gerade unterhalb der Claviculae, nach aufsen bis zu den Regg. deltoideae reichend und mit der Spitze am Proc. ensiformis. Sie ist dunkel- bis braunrot, mit ziemlich starker Infiltration in den obersten Schichten der Haut, ein wenig erhaben, und indem die feinen Hautfurchen und die zwischen denselben gelegenen Hautfazetten ziemlich stark hervortretend sind, entsteht ein lichenifiziertes Aussehen der Oberfläche, die von feinen Schuppen, welche ebenfalls von den Follikelmündungen ausgehen, gedeckt ist. Dagegen sind die peripilären Coni selbst, welche früher hier stark hervortretend waren, jetzt sehr wenig entwickelt oder ganz abgeglättet als Folge der interfollikulären Infiltration. An der Peripherie löst sich die grofse Plaque in kleineren Flecken auf, ganz ähnlich den Flecken auf dem übrigen Teile des Truncus.

Gegen die Achselhöhlen und in diesen selbst finden sich mehrere in Streifen gestellte und parallel laufende Reihen dunkel hyperämischer, zentral schuppender Coni, welche hier zugleich in kleineren, unregel-

mäſsigen Flecken zusammengestellt in geringerer Anzahl vorkommen. Die Haut zwischen den Flecken ist in den Achselhöhlen ebenso wie am Halse normal. Die Axilhaare sind sehr stark gelichtet.

An den Genitalien und auf dem Mons veneris ist die Haut diffus gräulich-dunkelrot, am Scrotum glatt, am Penis mit fleckenweise zusammengestellten peripilären Coni; im Mons veneris finden sich auſserdem querlaufende, parallele Reihen von Coni. Die Pubes stark gelichtet. Ebenso wie in der Regio nuchae finden sich jetzt wieder in der Regio pubica einige kleinere, gewöhnliche perifollikuläre Entzündungsinfiltrationen mit Neigung zu zentraler Eiterbildung.

An den oberen Extremitäten, hauptsächlich auf der Streckseite, findet sich teils eine schwächer ausgesprochene, diffus verbreitete Cutis anserina, fast von der normalen Farbe der Haut, und teils eine stärkere Akzentuation der circumpilären Coni in kleineren, unregelmäſsigen, hyperämischen und schuppenden Flecken. Die Ellenbogenbeugen nicht besonders angegriffen, dagegen finden sich auf den beiden Ellenbogen kinderhandtellergroſse, hyperämische, etwas infiltrierte Plaques mit stärkerem Hervortreten der feinen Furchen und Fazetten der Haut, gedeckt von einer dichten, weiſslichen, glänzenden, psoriasisähnlichen Schuppenschicht, allmählich gegen die Peripherie abnehmend. Die Schuppen sind festsitzend, ziemlich klein, dünn und flach. Am linken Ellenbogen einige nässende Fissuren. Auf beiden Armen, am meisten auf dem rechten, finden sich gröſsere gesunde Hautpartien, stark zunehmend gegen die distalen Enden der Vorderarme, wo rechtsseits die Beugefläche fast ganz frei von Effloreszenz ist. Die Haut der Hände ist immer vollkommen gesund gewesen ohne Affektion der Dorsalflächen der Finger oder der Volae. Die Fingernägel nicht affiziert (wurden es aber später — siehe unten).

Die unteren Extremitäten. Die Haut der Femora und der Crura ist als Ganzes leicht gräulich-rot, trocken und rauh, herrührend von den ganz dichtgestellten follikulären Coni, am stärksten an der Innen- und Hinterfläche der Extremitäten als direkte Fortsetzung der stark entwickelten Effloreszenz auf den Nates, wenn auch schwächer als diese hervortretend. Nur unbedeutende, feine, weiſsliche Schuppenbildung von den Spitzen der Coni durch Kratzen. Auch auf den unteren Extremitäten findet sich eine stellenweise stärkere Akzentuation dieser Coni in zahlreichen, zerstreuten, ein wenig infiltrierten und stärker schuppenden Flecken von dunklerer rotgrauer Farbe und von ungefähr Erbsen- bis Zehnpfennigstück-Gröſse. Hinter dem rechten Trochanter maj. findet sich ein ungefähr 20 cm langer und ein paar Centimeter breiter Streifen mit ähnlicher, besonders stark akzentuierter Effloreszenz, an welcher Stelle Patient sich vor längerer Zeit an einer Heizungsröhre gebrannt hat.

Die pilären Coni nehmen gegen die distalen Enden der Crura und auf dem oberen Teil der beiden Fufsrücken hinaus etwas an Gröfse ab. In den beiden Plantae eine diffuse, festsitzende Schicht dünner, flacher Schuppen. Auf dem vorderen Teile der beiden Fufsrücken und auf den Zehen ist die Haut normal. Keine Nagelaffektion. An keiner Stelle der Haut sieht man kantige, glänzende, flache Papeln oder andere papulöse Elemente von dem Typus des Lichen planus.

Es finden sich keine Kratzmarken, obgleich das Jucken, das von wechselnder Intensität, von Hitzegefühl in der Haut begleitet und am stärksten an der Vorderfläche der Brust ist, in der letzteren Zeit wieder öfters den Schlaf gestört hat. Das Befinden ist übrigens vollkommen gut, die Funktionen in Ordnung, kein Zeichen von Syphilis aufser erbsen- bis klein-nufsgrofsen Lymphdrüsengeschwülsten. Auf der Mundschleimhaut leukoplasiforme Affektion (siehe unten).

Patient verweilte noch acht Monate (bis 1. April 1908) im Hospital, bis die Affektion vollständig verschwunden war, doch mit Hinterlassen pigmentierter Marken. Er hatte während dieser Zeit zu wiederholten Malen leichte Rezidive der Syphilis (siehe unten), die mit Schmierkuren behandelt wurden. Abgesehen von den Unterbrechungen während dieser Kuren wurde unter dem ganzen Hospitalaufenthalte die Behandlung des Hautleidens wie früher fortgesetzt, namentlich mittels Ung. sulphurato-salicylic. (bis 4% Ac. salicyl.) mit bis 10% Ol. Cadini, und in den letzten drei Monaten erst mittels Ungv. Pyrolei pini und später mittels Spir. Saponis c. Pyrol. pini. Aufserdem wurden häufige, bis tägliche warme Bäder verwendet, bisweilen nach vorhergehender Einreibung mit grüner Seife, wodurch namentlich zahlreiche Hornzapfen entfernt wurden. Gleichzeitig wurde mit Pill. asiaticae (im ganzen 109) fortgesetzt, welche doch am 2. September seponiert werden mufsten wegen einer stark zunehmenden Melanosis, an Ausbreitung und Intensität der Hautaffektion entsprechend, aber die vorher erwähnten, ganz normalen, kleineren Hautpartien vollkommen freilassend. Namentlich waren die besonders hervortretenden Flecken und Plaques am Rücken, Ellenbogen und Brust von einer sehr dunklen, braunroten Farbe, und die Haut der Genitalia braunschwarz; der schwächer, diffus affizierte Teil der Haut mehr hell bräunlich-gelb. Auch ein grofser Teil der Schuppenzapfen, doch wesentlich die grofsen hornähnlichen Zapfen in den Flecken am Rücken nahmen eine braunschwarze Farbe an.

Während des späteren Verlaufs der Krankheit entstand keine markierte neue Exacerbation, welche das vorstehende Totalbild der Hautaffektion veränderte. Als Ganzes ging sie allmählich zurück, namentlich aber während der ersten Monate war es nur eine sehr langsame und nicht

gleichmäſsige Rückbildung, indem sich mehr regionär etwas Ab- und Zunahme in dem Hervortreten der einzelnen Symptome zeigen konnte als Ausdruck mehr unmerklich entwickelter kleiner lokaler Remissionen und Exacerbationen. Auf den früher ganz gesunden, kleineren Partien der Haut zeigte sich später keine neue Effloreszenz, namentlich hielt sich die Haut der Hände während des ganzen Verlaufs der Krankheit vollkommen normal.

Doch bemerkte man um die Mitte des September, daſs der äuſsere Dritteil aller Fingernägel, welche früher normal gewesen waren, jetzt ganz schwach bräunlich gefärbt und leicht der Länge nach gewellt war, einzelne zugleich etwas aufgeblättert im freien Rande mit unbedeutender Schuppenbildung unterhalb desselben, aber ohne daſs die Haut der Finger übrigens affiziert war. Im Dezember fand sich am ersten bis vierten Nagel der beiden Hände eine flache, ziemlich breite Querfurche mit leichter oberflächlicher Aufblätterung der Nagelsubstanz, welche den unebenen distalen Teil der Nägel von dem normalen proximalen Teile derselben abgrenzte. Beim Entlassen des Patienten waren die Nägel normal. Die Affektion war nicht von Hyperästhesie begleitet, und die Wachstumsenergie der Nägel, die übrigens normal waren, schien nicht vermehrt. Auf den Zehen waren die Nägel nicht verändert.

Der Haarausfall in den verschiedenen, vorher genannten Regionen hatte Anfang September aufgehört, und die Haare reproduzierten sich darauf überall ziemlich schnell bis zur früheren normalen Dichtigkeit. Ein geringer Grad von Hyperämie und Schuppenbildung hielt sich noch in längerer Zeit danach im Haarboden, besonders in der Reg. occipitalis. Während das Kopfhaar stark gelichtet war, sah man alle die haarlosen Follikelmündungen leicht dilatiert und markiert durch trockene, gräuliche, festsitzende Schuppen, die Follikel ausfüllend, aber ohne Coni, ganz wie an anderen Stellen der Haut, nachdem die Coni selbst verschwunden waren. Um mehrere der restierenden Haare fanden sich kurze Schuppenkragen, die sich von den Follikeln heraus ein wenig längs des Haarschaftes hinauferstreckten; dasselbe war in der Reg. pubica der Fall.

Während des Rückganges der Hautaffektion glättete sich am frühesten die schwächere, diffus verbreitete Cutis anserina ab und zwar zuerst am Unterleibe und an den Seitenpartien des Truncus, am spätesten die in Flecken und Plaques akzentuierte Effloreszenz. In einem Teile derselben, so namentlich im Nacken unterhalb der Haargrenze, auf den Nates und in dem erwähnten Verbrennungsstreifen hinter dem rechten Trochanter maj. hielten sich die peripilären Coni ziemlich unverändert in mehreren Monaten als eine sehr rauhe Chagrinierung mit ziemlich kleinen, nur wenig hervorragenden gräulichen Schuppenzapfen von den Spitzen der Coni. An anderen, zum Teil mehr infiltrierten Stellen wie in der groſsen

Plaque an der Vorderfläche des Thorax und in den kleineren, psoriasisähnlichen Plaques auf den Ellenbogen wie auch in den Flecken am Rücken traten die Coni selbst dagegen ziemlich frühzeitig zurück, wodurch die durch Schuppenzapfen dilatierten Follikelmündungen an diesen Stellen im Niveau der Oberfläche der Haut, deren feine Furchen und Fazetten hier stärker hervortretend waren, frei zu liegen kamen.

In den Flecken am Rücken waren die follikulären Schuppenzapfen besonders stark entwickelt und bildeten bis ungefähr 3 mm lange, pflockförmige, leicht entfernbare Hornzapfen mit nach der Arsenbehandlung fast schwarzen, aus den stark dilatierten Follikelmündungen hervorragenden Köpfchen. Nach Entfernung derselben nahm die Haut ein durchlöchertes Aussehen an wie an einem Sieb. Mikroskopisch zeigten diese Hornzapfen einen geschichteten Bau mit Absetzung am oberen Teile von mehreren konzentrischen Ringen wie die Ränder von ineinandergesteckten Düten. Der bis ungefähr 1—1½ mm breite Kopf war diffus braunschwarz, plan-convex oder nach oben leicht konisch zugespitzt, der untere und längere Teil war ebenfalls konisch, aber in entgegengesetzter Richtung und von einem gelblichen, hornartig durchscheinenden Aussehen mit kleinen zerstreuten, schwarz punktierten Pigmenthaufen. Andere Hornzapfen hatten ein kürzeres, gelbliches Mittelstück mit feinen schwarzen Pünktchen, und eine gräuliche, an der Aufsenfläche leicht aufgefaserte, kegelförmig zugespitzte Wurzel ohne Pigmentkörnern; in mehreren derselben fand sich ein zentrales Lanugohaar. Während die Hornzapfen als Regel fest und trocken waren, zeigte sich die Wurzel an mehreren derselben mehrmals nach Seifenbädern feucht aufgeschwollen. Beim vorsichtigen Ausheben eines solchen Zapfens folgte ab und zu eine feine gräuliche Scheide mit, welche sich wie ein Handschuhfinger umstülpte, mit dem geschlossenen spitzen Ende an der Wurzelspitze des Hornzapfens festgeheftet und mit dem offenen im Rande der klaffenden Follikelmündung festsitzend.

Übrigens boten sowohl die Coni als besonders die Schuppenzapfen in den verschiedenen Regionen und während der verschiedenen Stadien der Krankheit recht grofse Variationen dar in Bezug auf Gröfse, Form und Farbe. Im Involutionsstadium fanden sich so am Unterleibe zerstreute, graue, filiform hervorragende Schuppenzapfen, an anderen Stellen kleine, dunkle, komedonenähnliche Körner usw. Die Schuppenzapfen reproduzierten sich oft schnell, nachdem sie entfernt waren, nahmen aber allmählich an Gröfse ab und waren zuletzt nur mit Lupe nach Ausspannung der scheinbar normalen Haut als gräuliche Pünktchen in einzelnen, zerstreuten Follikelmündungen sichtbar. Ein einziges Mal nahmen einige wenige Flecken am Rücken vorübergehend ein annulates Aussehen an, indem ein gleichzeitiger Ausfall nach Seifenbad der meisten

der großen dunklen Hornzapfen besonders in diesen Flecken runde Lichtungen in der Effloreszenz hervorrief. Eine wirklich annulate Involution der Flecken kam dagegen nicht vor. An keiner Stelle und auf keinem Zeitpunkte des langen und genau beobachteten Verlaufs der Krankheit kamen Elemente von Lichen ruber planus vor.

Die Schuppenbildung von der freien Oberfläche der Haut aus fuhr ebenso wie die follikuläre Schuppenbildung während mehrerer Monate fort trotz der fortwährenden Behandlung mit Bädern und Salbe, wurde aber doch wahrscheinlich hierdurch stark hintangehalten. Sie bewahrte den früher beschriebenen Charakter, bis sich zuletzt nur eine ganz feine Überstäubung in den feinen Furchen der Haut fand, ehe sie gänzlich verschwand. Auch die Hyperämie und die oberflächliche Infiltration der hervortretenden Flecken und Plaques schwand sehr gradweise.



Fig. 1.
Die Photographie schreibt sich von den ersten Tagen Oktober 1907.

Die Ende Juli gegenwärtige, unbedeutende seröse Exsudation an einzelnen kleineren Flecken im Gesicht war nur von weniger Tage Dauer, ebenso wie eine später auftretende geringe Exsudation in der psoriasisähnlichen Plaque am linken Ellenbogen. Auch die ungefähr hanfkorngroßen follikulären Entzündungen im Nacken und in der Reg. pubica schwanden recht schnell. Später traten keine ähnlichen Erscheinungen auf, und die Hautaffektion hatte sonst überall einen vollkommen trockenen Charakter. Es schien keine Schwellung der Lymphdrüsen zu sein darüber hinaus, was von seiner Syphilis herzurühren angenommen werden konnte (erbsen- bis bohnengroßen Drüsen, in den Leisten ein wenig größer).

Ende Dezember restierten vom Hautleiden nur schwach ausgesprochene Coni, an den Nates, im Verbrennungsstreifen hinter dem rechten Trochanter maj. und im Nacken in Flecken zusammengestellt, und mehr zerstreute Coni an der Innenseite der beiden Knie, ferner eine unbedeutende Infiltration mit zerstreuten Schuppenzapfen, aber ohne Coni, am rechten Ellenbogen, geringe kleienförmige Abschuppung hinten im Haarboden und eine leichte gräuliche Zerstäubung der Haut am Truncus samt unbedeutender Nagelaffektion. Die stärkere bräunliche Pigmentierung in Flecken und Plaques war viel heller als früher, und die schwächere diffuse Pigmentierung fast ganz geschwunden.

Das Hautjucken, das während der Exacerbation des Hautleidens im Juli zeitweise sehr stark sein konnte, hörte hiernach auf und zeigte sich später nur ein paar Mal, aber schwach und rein vorübergehend. Übrigens hatte die Krankheit keine kennbare Einwirkung auf den generellen Zustand des Pt.; er befand sich fortwährend im ganzen subjektiv vollkommen wohl, und die Temperatur, die Funktionen (auch, wie es scheint, die Schweifssekretion) und die Hämoglobinmenge blieben unbeeinflufst von der Krankheit. Bei einer einzelnen Untersuchung wurde auch die Zahl der roten und weifsen Blutkörperchen normal gefunden. Der Ernährungszustand war im ganzen gut, doch wurde vom 13. Juli bis 17. August ein Gewichtsverlust von 3½ Kilo gefunden, also ungefähr mit der Exacerbation der Hautkrankheit zusammenfallend; Pt. befand sich aber im gröfsten Teile dieser Zeit auf Milchdiät und hatte aufserdem eine leichte Prostatitis und Epididymitis gon., von unbedeutendem Fieber (bis 38,4° ein einzelnes Mal) begleitet. Nach dieser Zeit nahm das Gewicht wieder zu, so dafs es beim Entlassen aus dem Hospital ungefähr dasselbe betrug wie bei der Aufnahme.

Pt. wurde am 1. April 1908 entlassen, also fast elf Monate nach dem Anfange der Krankheit. Es fanden sich dann nur hellere, bräunlich pigmentierte Marken, hauptsächlich am Truncus und an den Nates, nach einem sehr grofsen Teile der früher am stärksten affizierten Flecken und Plaques; das Hautleiden selbst war vollkommen verschwunden; dagegen bestand noch ein Rest der Schleimhautaffektionen (siehe unten).

Affektionen der Schleimhäute.

Die Schleimhaut des Auges. Ungefähr Mitte Juni 1907, fünf bis sechs Wochen nach dem Anfange der Hautkrankheit, wurde eine ziemlich leichte Blepharo-Conjunctivitis konstatiert. Sie ging niemals auf die Conjunctiva sclerae über und war niemals sehr bedeutend; sie hielt sich mit Remissionen und Exacerbationen während vieler Monate, immer wesentlich auf dem rechten Auge lokalisiert. Ab und zu wurde ein wenig

konjunktivales Brennen gespürt, kein Tränenflufs, kein Ektropion. Mitte Oktober 1907 findet sich folgendes im Journal angeführt:

Immer noch Blepharitis mit leichter bräunlicher Rötung und Schwellung der Augenlidränder, wesentlich des rechten Auges. An einzelnen Stellen ein eingetrocknetes gelbes Pünktchen in der Follikelmündung und unbedeutende kleine Krusten und Schuppen an der Basis der ein wenig gelichteten Augenhaare. Recht starke diffuse Hyperämie der Conjunctiva palpebr., namentlich rechterseits. Zugleich wurde zum ersten Male konstatiert, dafs die beiden Carunculae lacrymales, welche nicht geschwollen waren, eine ausgesprochene diffuse, weifsliche Färbung darboten. Mittels Lupe, aber auch ohne solche, sah man die Färbung von dichtgestellten, milchweifsen, feuchtglänzenden, leicht papulös hervorstehenden Pünktchen herrühren, vollständig konfluierend auf der ganzen Konvexität der Karunkeln, welche dadurch eine fein chagrinierte Oberfläche erhielt, an den Seitenpartien gegen die Basis herab mehr voneinander geschieden, besonders auf der linken Karunkel. Von der rechten Karunkel aus setzten sich die weifslichen Punkte ein wenig in den Canthus int. selbst hinein fort. Es wurde niemals eine weifsliche Färbung der Conjunctiva selbst nachgewiesen.

Schon nach kaum 14 Tagen fingen die weifslichen Punkte an allmählich zurückzugehen, besonders auf der linken Karunkel, indem sie an Gröfse abnahmen, eine etwas mehr gräuliche als weifsliche Farbe annahmen und weniger deutlich erhaben wurden, bis sie endlich ganz verschwanden. Indem ihre Zahl hierdurch allmählich verringert wurde, wurden sie voneinander geschieden und mehr zerstreut. Nach ein paar Monaten waren nur einzelne gräuliche Punkte übrig, gleichzeitig damit, dafs die Blepharo-Conjunctivitis fast verschwunden war. Ende Januar 1908 waren sie gänzlich verschwunden, aber kurz nachher traten wieder einzelne gräuliche Punkte auf, die sich später in wechselnder, aber sehr geringer Zahl (bis ungefähr acht) hielten, jetzt meist auf der linken Karunkel und noch beim Entlassen vorhanden waren. Die Blepharo-Conjunctivitis war dann ganz verschwunden.

Die Schleimhaut im Munde, im Schlunde und im Larynx. Ende Juli 1907, gleichzeitig mit der besonders starken Entwicklung der Hautaffektion, wurde an der Innenseite der beiden Wangen, namentlich linkerseits, in einem horizontalen, etwa 1 cm breiten Gürtel, ungefähr der Schlufslinie der Zähne entsprechend, eine grauweifse Färbung der Schleimhaut nachgewiesen, als wenn sie mit Lapis infern. überstrichen wäre. Sie breitete sich etwas an den hinteren Backzähnen aus, hatte das Aussehen einer sekundären leukoplasiformen syphilitischen Schleimhautveränderung und wurde damals als solche aufgefafst; eine ähnliche Färbung, aber in geringerem Grade, fand sich an den Seitenrändern

der Zunge. Die Affektion hatte sich unmerklich im Laufe von ein paar Wochen entwickelt und hatte früher nicht bestanden. Die Zähne waren vollkommen gut und vollzählig. Pt. hatte während seines jetzt 5½ Monate langen Hospitalaufenthaltes keinen Tabak gebraucht und hatte früher nur unbedeutend geraucht, vier bis fünf Zigarren wöchentlich, und hatte keinen Kautabak gebraucht. Es war kein Ausbruch der Syphilis in den letzten sechs Wochen gewesen, nachdem ein ganz leichtes Rezidiv (eine Papel an der Zunge) geschwunden war. Wegen der Hautkrankheit war er während der letzten 2½ Monate nicht in antisyphilitischer Kur gewesen, abgesehen von fünf präventiven Injektionen Sublimati Anfang Juli, welche ebenfalls wegen der Hautkrankheit seponiert wurden. Er hatte nur während der ersten antisyphilitischen Kur vor dem Anfang der Hautkrankheit an einer leichten Stomatitis gingivalis gelitten.

Die gräuliche Färbung an der Innenseite der Wangen wurde in dem darauf folgenden Monate vorübergehend weniger ausgesprochen, nahm aber darauf wieder zu und verbreitete sich allmählich weiter, so dafs sie Anfang Oktober, also ungefähr gleichzeitig mit der Affektion der Karunkeln, ihre gröfste Ausbreitung erreichte; sie hatte überall dasselbe mehr oder weniger gesättigte weifse oder grauweifse Aussehen wie nach einem Überstreichen mit Lapis infern.

An den beiden Wangen nahm die Affektion so gut wie die ganze Schleimhaut ein. Bei näherem Nachsehen zeigte sie sich von dichtgestellten und zum gröfsten Teil unregelmäfsig agglomerierten, grauweifsen, nur ungefähr nadelspitzgrofsen Punkten gebildet und besonders hinten, wo die Farbe mehr rein weifs war, von feinen Linien, ein ganz feines Netzwerk darstellend; in den Zwischenräumen zeigte sich die normale rote Schleimhaut. Man fühlte keine Infiltration, nur eine fast ganz unmerkliche Unebenheit der Oberfläche; bei der Besichtigung waren die weifslichen Punkte und Linien, welche sich durch leichtes Schaben mit dem scharfen Löffel nicht entfernen liefsen, dagegen kaum über das Niveau der Schleimhaut erhoben.

Die Affektion, die nirgends erodiert war, hatte ganz denselben Charakter wie die weifsen Punkte auf den Carunculae lacrymales, die in ihrer vollen Entwicklung nur ganz wenig gröfser waren, zusehends leicht papulös erhaben und von einer reineren milchweifsen Farbe. Die Affektion der Mundschleimhaut rief keine subjektiven Gefühle hervor, auch nicht durch den Genufs saurer oder gewürzter Speisen, nur gab Pt. an, dafs er bei Betastung mit der Zunge eine leichte Rauheit oder ein Gefühl, als wenn „die Schleimhaut zusammengerunzelt wäre", spürte.

Die Affektion setzte sich mit besonders dichtgestellten und ganz leicht erhabenen, weifslichgrauen Punkten in die beiden Lippenkommissuren hinein eben bis zum cutanen Rande fort, beim Übergange zu diesem sah man

im rechten Mundwinkel mittels Lupe einzelne weifsliche Punkte von ganz feinen Lanugohaaren durchbohrt. Nach Ausspannen der Prolabien und nachdem die Epidermis durch Vaseline durchscheinend gemacht war, sah man mittels Lupe ganz ähnliche, aber etwas schwächer ausgesprochene und mehr gräuliche Punkte in vollständiger Kontinuität mit den entsprechenden der Mundwinkel. Die Punkte waren dichtgestellt, nur an einzelnen Stellen zu unregelmäfsigen Flecken oder feinen netz- oder streifenförmigen Figuren konfluierend. Das Prolabium hatte als Ganzes ein mattes, trockenes, gräulichrotes Aussehen mit schwachen Zügen bräunlicher Pigmentierung und zerstreuten, feinen, festsitzenden Schuppen; keine Infiltration. Auf der Innenseite der Lippen war die Schleimhaut normal, abgesehen von ein paar ganz unbedeutenden, unregelmäfsigen, grauweifsen Flecken von derselben Beschaffenheit wie auf der Innenseite der Wangen. Vom Sulcus geno-gingivalis aus ging die gräuliche Färbung ganz wenig auf die Gingiva des Untermundes hinauf. Das Zahnfleisch war übrigens frei, aber unbedeutend rot und geschwollen als Folge einer leichten Stomatitis mercurialis (nach Inunktionskur wegen eines Rezidivs von Syphilis im September — siehe später).

Von der Innenseite der Wangen aus setzte sich die grauweifse Farbe nach hinten fort an den hinteren Backzähnen vorüber, wo sich ein besonders stark ausgesprochenes, feines, weifsliches Netzwerk fand, unmittelbar auf die Seitenpartien und den hinteren Teil des weichen Gaumens und die Basis der Uvula, ebenfalls auf die rechte Tonsille und den oberen Teil der hinteren Gaumenbögen hinüber, überall als feine, netzförmige Zeichnung. Ungefähr in der Mitte der rechten Seite des harten Gaumens fand sich eine isolierte, unregelmäfsige, ungefähr bohnengrofse, milchweifse Plaque, von ganz dichtgestellten, punktförmigen, ein wenig erhabenen Elementen auf gesunder Schleimhaut gebildet.

Auf der Oberfläche der Zunge, welche habituell mehrere Längsfurchen besafs, fanden sich zwei symmetrische, weifsgraue Längszüge, nicht über das Niveau der Schleimhaut erhaben, jeder ungefähr 1 cm breit, mit etwas unregelmäfsiger, teilweise scharf abgesetzter, teilweise mehr verwischter Begrenzung. Sie konfluierten hinten ein wenig vor den Papillae circumvall., erreichten nicht ganz die Ränder oder die Spitze der Zunge, welche Stellen ebenso wie die Mittelpartie zwischen den beiden Längszügen eine mehr normale Oberfläche besafsen, doch aber mit ein wenig verlängerten, gräulichen Papillae filiformes. Die Längszüge hatten eine glatte, etwas glänzende Oberfläche mit einer im ganzen ziemlich starken, diffus weifslichen Farbe ohne sichtbare Punkte oder netzförmige Zeichnung und ohne fühlbare Infiltration oder umgebende Hyperämie, aber mit einzelnen zerstreuten, roten, kaum geschwollenen Papillae fungiformes. Auf den Seitenrändern der Zunge grauweifse Färbung,

am stärksten hinten, hier wesentlich in kurzen, parallelen, senkrecht stehenden Streifen. Auf der Unterfläche der Zunge und im Sulcus alveolo-lingvalis unregelmäfsige, etwas verwischte Züge von derselben Farbe. Nichts auf der Innenseite der Gingiva.

Die nachstehenden Untersuchungen sind am 10. Oktober 1907 vom Laryngologen Prof. GRÖNBECH vorgenommen, welcher in seiner sehr grofsen Praxis früher keinen ähnlichen Fall beobachtet hatte.

Die Zungenwurzel: Die Papillenwälle der Papillae circumvall. haben alle eine glänzende, weifsgraue Farbe mit glatter, nicht erodierter Oberfläche und sind etwas geschwollen, doch namentlich die hinterste, deren Breite bis wenigstens das Doppelte vermehrt ist; die Papillen selbst sind dagegen rot, einzelne doch mit einem kleinen gräulichen Zug. Grauweifse Züge und Partien auf der geschwollenen Zungentonsille, fast symmetrisch, am stärksten seitwärts.

Der Nasenrachenraum: Flache, kissenförmige Schwellung des adenoiden Gewebes im Gewölbe. Auf der rechten Hälfte desselben findet sich auf der roten, glatten Oberfläche ein von vorn nach hinten gehender, ungefähr $^1/_2$ cm breiter, nicht scharf begrenzter Zug von bis stecknadelkopfgrofsen, etwas nebeligen, weifsgrauen Flecken, kaum über das Niveau der Schleimhaut erhaben. Dasselbe, aber nur als Andeutung, auf der linken Hälfte. Bei der Rhinoscopia post. sieht man die Choanen und den hinteren Teil des Naseninneren normal; auch nicht auf der Hinterfläche des Velum weifsliche Epithelveränderungen.

Auf der Hinterwand des Schlundes unregelmäfsig zerstreute, flecken- und streifenförmige, grauweifse Partien.

Der Kehlkopf: Diffuse, leicht ödematöse Schwellung und Hyperämie der Schleimhaut des ganzen Introitus laryngis, des Larynxinneren und der Stimmbänder. Diese letzteren, welche übrigens normal fungieren, sind auf der Oberfläche wie von einem feinen, gräulichen Schleier gedeckt; die Oberfläche scheint aber glatt zu sein. Auf den lateralen Flächen der ein wenig geschwollenen Plicae ary-epiglott. ebenso wie im Sinus pyriformis, hier am meisten im linken und am meisten nach vorn, grauweifse Schleimhautveränderungen ohne scharfe Grenzen. Pt. gibt an, erkältet zu sein.

Bei der Rhinoscopia ant. sieht man die Schleimhaut hyperämisch, leicht diffus geschwollen, allenthalben glatt. — Durch die Otoscopia sieht man die Haut des Ohrganges bleich, glatt, die Trommelfelle leicht retrahiert, nach oben hyperämisch.

Bei einer Untersuchung neun Tage später waren die weifslichen epithelialen Veränderungen im Nasenrachenraum und im Larynx kaum mehr nachweisbar, die Rötung und die leichte ödematöse Schwellung der Larynxschleimhaut waren verschwunden, ebenso wie die Erkältungssymptome, welche Pt. übrigens nur auf Nachfrage angegeben hatte, und

die nicht von Temperaturerhöhung begleitet waren. Auf den übrigen Schleimhautpartien war in mehreren Monaten etwas Wechseln, wesentlich in der Intensität der Affektion und namentlich in bezug auf die weifsliche Farbe; eine wesentliche Verminderung der Verbreitung trat erst nach ein paar Monaten ein und nur sehr langsam.

Bei der Untersuchung Prof. GRÖNBECHS am 1. Dezember 1907 fand sich im Gewölbe des Nasenrachenraumes ein ganz schwacher Zug kleiner, weifsgrauer Flecken an der früheren Stelle der rechten Seite. Auf der Basis Uvulae teils zerstreute, kleine, weifslichgraue, glänzende, nicht erhabene Flecken, teils zwei transversal gestellte Streifen von demselben Aussehen wie ein gewöhnlicher Nähfaden. Sonst nichts im Schlunde, im Kehlkopfe oder auf der Zungenwurzel. — Auf dem übrigen Teile der Schleimhaut der Zunge und im Ganzen des Mundes war die Ausbreitung ungefähr wie früher, die Intensität aber namentlich in bezug auf Farbe geringer, und Pt. empfand nicht mehr durch Betastung mit der Zunge eine Rauhigkeit der Wangenschleimhaut.

Beim Entlassen des Pt. am 1. April 1908 fanden sich noch die früher erwähnten symmetrischen Längszüge an der Oberfläche der Zunge in derselben Ausbreitung wie früher. Die Oberfläche war ziemlich glatt, von einer ungleichen, stärkeren und schwächeren, grauweifsen Farbe, wesentlich diffus, jetzt aber auch in Fleckenform und mit Andeutung netzförmiger Verteilung. An der Unterfläche der Zunge nur sehr schwache, gräuliche Farbenzüge. Hinten an der Innenseite der Wangen schwach ausgesprochene, grauweifse, netzförmige Zeichnung, unbedeutende gräuliche Farbe in und innerhalb der rechten Lippenkommissur. Auf dem Prolabium noch leichte Andeutung bräunlicher Pigmentierung, nur ein einzelner gräulicher, punktförmiger Flecken. Der übrige Teil der Mundschleimhaut und die anderen, früher angegriffenen Schleimhäute normal; nur auf den Carunculae lacrymales, wie früher angeführt, noch einzelne weifsliche Punkte. Eine besondere Behandlung der Schleimhautaffektionen war nicht angewandt worden.

Verlauf der Syphilis des Pt.

8. Februar 1907. Aufgenommen mit Ulc. indurat. glandis und Polyadenitis inguinal.

25. Februar 1907. Erster Ausbruch von Syphilis: Zerstreute, leicht pupulate Roseolae am Truncus und den Vorderarmen, mittelstarke Polyadenitis, keine Prodrome. — 50 Inunktionen (bis 16. April). Leichte Stomatitis gingival.

6. Mai 1907. Zweiter Ausbruch: Eine einzelne Pap. dorsi linguae (war 17. Juni verschwunden), wenige Tage Stirnkopfschmerzen. Gleichzeitig fing die Hautkrankheit an. Bekam wegen dieser nur vier

Inunktionen und aus derselben Ursache nur fünf Cur. injectiones (Sublimat) präventiv Anfang Juli.

4. September 1907. Dritter Ausbruch: Ziemlich wenige, zerstreute, erbsen- bis bohnengroße, fest infiltrierte, leicht schuppende, braunrote Papeln, entstanden im Laufe einer Woche im Gesicht, im Nacken, auf dem Rücken, den Nates, um die Ellenbogen und auf den Crura, sowohl auf den von der Hautaffektion angegriffenen Stellen als auch auf gesunder Haut (an der Stirn), ohne sichtbare Affektion der Gland. pilo-sebac. auf der Oberfläche der Papeln. Ein paar hanfkorngroße Papul. erosivae dorsi linguae. Zahlreiche typische Spiroch. pall. aus einer Papel am Rücken. Keine Prodrome. Temperatur normal. Wohlbefinden. — Schon nach ein paar Wochen waren die Papeln verschwunden, dunkelbräunliche Pigmentierungen hinterlassend, durch 28 Inunktionen (bis 4. Oktober). Leichte Stomatitis gingival.

28. Oktober 1907. Vierter Ausbruch: Ganz ähnliche Papeln in sehr geringer Zahl an der Vorderfläche des Thorax, an den Nates, der linken Wade und dem linken Vorderarm. Eine einzelne kleine Papul. erosiva dorsi linguae. Einzelne typische Spiroch. pall. aus der Papel der linken Wade. Wohlbefinden. — Verschwand schnell, dunkelbräunliche Flecken hinterlassend, durch 32 Inunktionen (bis 9. Dezember).

28. Januar 1908. Fünfter Ausbruch: Ein paar erbsengroße, runde, exkoriierte Papul. tonsill. Verschwand durch 40 Inunktionen (bis 9. März).

Pt. hatte fortwährend etwas Polyadenitis sclerosa an den gewöhnlichen Stellen, etwas wechselnd an Größe von kaum erbsen- bis nußgroß (in den Leisten). Im Mai 1907 etwas Schmerzhaftigkeit der Gland. inguinal. gleichzeitig mit Irritation der Haut der Reg. pubica (siehe oben), übrigens war keine nachweisbare Affektion der Lymphdrüsen in Relation zum Hautleiden.

Untersuchung des Pt. (am 26. April 1909) etwas mehr als ein Jahr nach der Entlassung aus dem Hospital.

Später vollkommenes Wohlbefinden; kein späterer Ausbruch der Hautkrankheit oder der Syphilis; zu wiederholten Malen Cur. inunction. präventiv.

Vollkommen gesundes Aussehen, gute Ernährung, die Funktionen in Ordnung. Auf der Haut eine leichte bräunliche Marmorierung nach der großen Plaque auf der Brust und nach Flecken am Rücken und an den Nates. Die Haut sonst völlig normal, ebenso wie die Haare und Nägel. An der Oberfläche der Zunge zwei parallele, schwach gräuliche, ungefähr 1 cm breite Längsbänder mit glatter, nicht besonders glänzender Oberfläche, worin einzelne stecknadelkopfgroße, durch weiße Farbe mar-

kierte, nicht erhabene oder infiltrierte Flecken. Die Begrenzung der Längsbänder unregelmäfsig und verwischt. Leicht gräuliche Farbe des Walles der hintersten Papilla circumvallata ohne Schwellung. Die übrigen früher angegriffenen Schleimhautpartien (auch die Carunculae lacrymales) normal.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9./22. April 1910.

(Originalbericht von ARTHUR JORDAN.)

1. GRINTSCHAR stellt einige **mit Kohlensäureschnee** günstig behandelte Kranke vor, und zwar drei Fälle von Epithelioma faciei und drei Fälle von Lupus erythematodes. In den übrigen Fällen, welche dieser Behandlung unterzogen wurden — es sind im ganzen 21 —, ist die Behandlung noch nicht zu Ende geführt, resp. entzogen sich die Patienten derselben.

Diskussion: BOGROW hat die Beobachtung gemacht, dafs sich nicht alle Fälle von Lupus erythematodes eignen, sondern nur die schweren Formen, welche die Franzosen Lupus erythematodes fixus nennen. In einem Falle von Lupus vulgaris wurde durch Kohlensäureschnee eher eine Verschlimmerung als Besserung erzielt.

SAWELJEW ist zur Überzeugung gekommen, dafs sich der Lupus vulgaris nicht für diese Behandlung eignet, wohl aber das Epitheliom. Er bemerkt ferner, dafs die Behandlung mit Kohlensäureschnee auf die gesunde Haut von starker Wirkung ist, die zu ihrer Heilung in einem Falle anderthalb Monate brauchte, und dafs diese Behandlung überhaupt recht schmerzhaft ist.

GRINTSCHAR hat die Anwendung des Kohlensäureschnees an sich selbst versucht, aber keine besondere Schmerzhaftigkeit gespürt.

2. KRASSNOGLASOW demonstriert eine 40jährige Frau **im prämykotischen Stadium der Mykosis fungoides.** Seit sechs Jahren leidet die Kranke an einem stark juckenden Ausschlag, der sich augenblicklich unter dem Bilde des Lichen ruber planus präsentiert, und seit zwei Jahren an weichen, mit der Haut verschieblichen Geschwülsten, welche ihren Sitz auf beiden Ohrmuscheln und dem einen Oberschenkel haben. Mikroskopisch handelt es sich um Lymphodermia cutis. Die Untersuchung des Blutes ergab:

an roten Blutkörperchen	4350000
„ weifsen „	23000

somit ein Verhältnis der weifsen zu den roten wie 1:174. Hb = 77%.

Im speziellen gab es:

neutrophile Blutkörperchen	in	44%
eosinophile „	„	40%
mononukleäre, grofse Blutkörperchen	„	5%
„ kleine „ (Lymphocyten)	„	9%
Übergangsformen	„	1%
basophile Blutkörperchen	„	1%

Unter zweimonatlichem Gebrauch von asiatischen Pillen ist nur eine geringe Besserung eingetreten.

Wenn auch im allgemeinen bei Mykosis fungoides keine Eosinophilie beobachtet wird, ist von PHILIPPSON doch schon eine solche beobachtet worden, so daſs diese nicht gegen die Diagnose Mykosis fungoides im prämykotischen Stadium spricht.

Diskussion: BOGROW und FOKIN sprechen beide den Fall für Mykosis fungoides an.

3. TSCHERNOGUBOW führte einen 19jährigen Jüngling mit **Cutis verticis gyrata** vor, welche seit zwei Jahren bestehen soll. Der Kranke suchte aber nicht dieser wegen, sondern wegen Haarausfall die Klinik auf. TSCHERNOGUBOW schlieſst sich denen an, welche die Cutis verticis gyrata als eine angeborene Anomalie ansehen, zumal da in diesem Falle gar keine Krankheit vorausgegangen ist.

Diskussion: MESCHTSCHERSKI findet, daſs diese Anomalie gar nicht so selten ist, daſs sie stets als Nebenbefund beobachtet wird und daſs sie bei gleichzeitig vorhandenem Ekzem oder anderen Hautkrankheiten sich unter Besserung dieser vermindert.

4. TSCHERONGUBOW stellte ein junges Mädchen mit **Onychia** vor, das mit **Röntgenstrahlen** behandelt worden ist.

Die Kranke leidet seit $1^1/_2$ Jahren an Onychia des ersten und zweiten Fingernagels der rechten und des vierten Fingernagels der linken Hand. Obgleich sich sowohl mikroskopisch als kulturell weder Favus noch Trichophytie, sondern nur das Vorhandensein von Mycelien und Schimmelpilzen nachweisen lieſs, hält TSCHERNOGUBOW die Onychia dennoch für parasitär und nicht für nervös, da auch eine Schwester der Kranken dieselben Veränderungen der Nägel zeigt. Unter Röntgenbestrahlung mit Erythemdosiswirkung schwand die Onychia an zwei Nägeln, während bei einem Nagel keine Besserung erzielt wurde. TSCHERNOGUBOW bestrahlte daher diesen Nagel noch stärker, bis zum Auftreten eines Erythema bullosum, wodurch aber auch kein Schwund der Onychia herbeigeführt werden konnte.

Diskussion: SOKOLOW hat in einem Falle von Favus der Nägel Heilung durch Radium gesehen. BOGROW ist der Ansicht, daſs es sich um keine parasitäre Erkrankung handeln dürfte, da die Röntgenstrahlen von Erythemdosis nicht baktericid wirken, findet aber das Resultat der Behandlung auch für eine Onychia infolge atrophischer Störungen sehr erfreulich.

5. MESCHTSCHERSKI demonstrierte einen 26jährigen Mann mit **Sklerodermie en plaques.**

6. BOGROW führte eine Kranke mit **Parapsoriasis en plaques** vor. Die 52jährige, aus einer sowohl tuberkulösen als nervösen Familie abstammende Kranke gibt an, seit etwa 40 Jahren krank zu sein. Der Krankheitsprozeſs wird gekennzeichnet einerseits durch gröſsere rote Partien, dann durch kleinere Flecke, die stellenweise schuppen, andererseits durch Pigmentationen und Atrophien als Ausgang. Als weitere Besonderheit ist die Mitbeteiligung der Fuſssohlen zu nennen. Histologisch handelt es sich um Entzündungserscheinungen der Papillen mit Übergang in Atrophie.

Diskussion: TSCHLENOW findet, daſs der Begriff Parapsoriasis nichts aussagt, glaubt, daſs man früher den Fall als seborrhoisches Ekzem bezeichnet hätte, ist der Ansicht, daſs für diesen Fall besser die Bezeichnung Pityriasis rubra benigna passen würde. BOGROW erwidert, die beschriebenen Fälle von Pityriasis rubra benigna waren subakut, aber nicht chronisch. MESCHTSCHERSKI stimmt TSCHLENOW bei, daſs die Parapsoriasis noch nicht völlig geklärt ist und daſs die Grenzen zwischen den einzelnen Formen derselben noch nicht feststehende sind. BOGROW hebt zum Schluſs das Faktum hervor, daſs seine Kranke zwar selbst keine Zeichen von Tuberkulose aufweist, weder klinische noch durch die Tuberkulinprobe nachweisbare, aber einer schwer belasteten Familie angehört.

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1910. Heft 2 und 3.

Keratosis arsenicalis und Epithelioma arsenicale, von W. Dubreuilh. Aufser dem üblichen geschichtlichen Vorbericht bringt diese Arbeit vier neue Beobachtungen von Keratose bzw. Epitheliom nach übermäfsigem Arsengenufs sowie eine Symptomatologie und Histologie dieser Dermatose.

Das Arsen wird häufig von Hautkranken übertrieben lange, oft jahrelang eingenommen. Die meisten dieser Patienten leiden an Psoriasis, und die Keratose stellt sich so schleichend ein und macht so geringe Symptome, dafs Monate und Jahre vergehen können, ehe sie ihr neues Leiden gewahr werden.

Es wird eine diffuse und eine noduläre Form der Keratosis arsenicalis unterschieden; beide Formen treten aber meistens zusammen auf. Die reine diffuse Form ist sehr selten und ist dann gewöhnlich mit Hyperhidrose vergesellschaftet. Sie besteht aus einer einfachen, gleichmäfsigen Verdickung der Hornschicht bis zu mehreren Millimetern Dicke. Sitz des Leidens sind namentlich die Hände. Bei der nodulären Form handelt es sich um ganz kleine Wärzchen, die häufig einem Schweifsdrüsenausführungsgang aufsitzen, sich enukleieren lassen, dann aber bald wieder ersetzt werden. Diese Wärzchen können auch zu Flecken von Linsen- bis Münzengröfse zusammenfliefsen. Auch diese noduläre Form sitzt mit Vorliebe an den Handflächen in vorgeschritteneren Fällen können aber auch die Füfse und andere Hautstellen befallen sein.

Neben dieser Dermatose verursacht die Arsenvergiftung in der Regel auch andere Symptome. Eine häufige Begleiterscheinung ist die Melanodermie; zuweilen sind die Nägel erkrankt, Rötung mit Sensationen in den Extremitäten, Herpes zoster und ernstere Störungen wurden beobachtet.

Die arsenikale Keratodermie ist ein sehr langweiliges Leiden, das nur selten mit der Unterdrückung des Arsenikgenusses verschwindet.

Bei langjährigem Bestand kann sich aus der Keratose ein Krebs entwickeln; das Epitheliom zeigt sich meistens zuerst an der Hand, es kommt dann aber auch häufig an anderen Hautstellen zu gleichen Neubildungen. In einem von D. mitgeteilten Falle safs der Tumor auf dem rechten Mittelfinger und wurde mit dem Messer entfernt. Der 71jährige Patient hatte wegen einer Psoriasis seit etwa 20 Jahren fast ununterbrochen täglich 15—20 Tropfen Liq. ars. Fowleri genommen und aufserdem jährlich ein arsenhaltiges Bad, die Bourboule, besucht.

Mikroskopisch stellte der Tumor ein typisches Epitheliom dar; die Schweifsdrüsen der Nachbarschaft sind unverändert.

Über einen Fall von Lichen ruber acuminatus, vergesellschaftet mit Spinulosismus, von E. Bizzozero. Die 19jährige Patientin, Arbeiterin, ist seit vier Monaten krank; die Dermatose begann damit, dafs die Haut am Halse rot und rauh wurde, indem sich zahlreiche kleine, dichtgedrängt stehende Papeln bildeten. Unter lebhaftem Jucken wurde bald auch die ganze übrige Haut in Mitleidenschaft gezogen; nur die Finger und die Füfse blieben frei, die Kopfhaut dagegen erkrankte gleichfalls, was zu starkem Ausfall der Haare führte. Daneben merkliche Abmagerung.

Die Papeln sind konisch, hart, trocken, sitzen den Haarfollikeln auf, haben Stecknadelkopfgröfse und tragen meistens einen 1—2 mm langen Hornstachel. Nur

auf der Bauchhaut sitzen Elemente von einem etwas anderen Charakter; sie sind größer, lebhaft gerötet und führen statt des Stachels eine kleine, harte Hornkugel, nach deren Entfernung eine kleine Einsenkung zurückbleibt. — Die Schleimhäute sind gänzlich unversehrt.

Verfasser analysiert nun die Einzelheiten dieses Falles und begründet seine Auffassung, daſs es sich um einen Lichen ruber acuminatus handle, der durch eine Keratosis spinulosa kompliziert sei. Er führt zum Schluſs aus, daſs bei der Patientin auch eine Ichthyosis nitida bestehe, und daſs diese doppelte Anomalie in der Keratinisation, die Hyperkeratosis, wie sie einerseits durch die Ichthyose, andererseits durch den Lichen ruber acuminatus bedingt sei, zu dem Lichen spinulosus geführt habe.

Ein Fall von Parotitis blennorrhoica, von E. Roques. Mädchen von 18 Jahren mit akuter Blennorrhoe. Im Anschluſs daran Polyarthritis und Entzündung beider Ohrspeicheldrüsen, zuerst und in stärkerem Maſse der rechten, dann auch der linken. Heilung, ohne daſs es zur Eiterung kommt. Verfasser bezeichnet die Parotitis als eine blennorrhoische, betont deren seltenes Vorkommen und verweist auf einen anderen Fall aus der Literatur, wo die Parotitis vereiterte und der Eiter Gonokokken enthielt.

Über einen Fall von Granuloma favicum, von J. Darier und J. Hallé. Man hat lange nach einer Erklärung dafür gesucht, warum der Favus Narben hinterläſst, während die Trichophytie ohne Narbenbildung ausheilt. Malassez glaubte die Ursache darin gefunden zu haben, daſs der Favus in die Cutis eindringe, während das Trichophyton die Epidermis nie verlasse. Seitdem ist in mehrfachen Fällen nachgewiesen, daſs sich auch das Trichophyton in der Cutis ansiedeln kann, während es nach Malassez keinem Forscher je wieder geglückt ist, Achorionmycelium in der Cutis nachzuweisen.

Nun haben die Verfasser in einem seit Jahren bestehenden Fall von Favus ein Granulom — oder, wie sie es nennen, ein Pseudotuberkel — innerhalb der Cutis und in unmittelbarer Nähe eines Favuskörpers gefunden, das offensichtlich nur von Achorion herstammen konnte.

Ein Fall von knotiger und symmetrischer Erkrankung des Gesichts, von Ch. Audry. 30jährige Patientin ohne Vorgeschichte. In der Subcutis beider Wangen liegt unterhalb des Jochbeins ein Infiltrat. Die darüber lagernde Epidermis ist dunkler gefärbt, zum Teil etwas gerötet. Das Infiltrat, das etwas derb und mit kleinen Knötchen bedeckt ist, hängt mit dem Periost des Jochbeins zusammen. Es besteht auf der linken Wange seit sechs Jahren, auf der rechten seit drei Jahren. Patientin leidet an geringgradiger Hämophilie, bietet aber sonst nichts Abnormes. Besserung nach Behandlung mit Kalomeleinspritzungen und Jodkalium.

A. faſst den Fall als subcutanes Sarkoid auf, obwohl in dem durch Biopsie gewonnenen Gewebe tuberkuloide Follikel nicht gefunden wurden.

Die Heiſsluftbehandlung in der Dermatologie, von P. Ravaut. Dem Vorgang anderer französischer Ärzte folgend hat R. die Heiſsluftbehandlung bei Hautleiden versucht. Man kann die Versuche als sehr erfolgreich bezeichnen.

Als Heiſsluftapparat diente ihm der von Gaiffe, der Temperaturen von 60—800° erzeugen kann, und bei dem die Hitze durch elektrischen Widerstand geliefert wird. Aus diesem Wärmeherd wird mittels einer elektrischen Pumpe komprimierte Luft in Metallröhren getrieben und schlieſslich durch ein Kautschukrohr auf die der Behandlung bedürftige Haut getrieben. Ein 60° heiſser Luftstrahl erzeugt in den getroffenen Geweben Hyperämie. R. hat diesen Hitzegrad zur Erzielung rascherer Vernarbung benutzt. Bei Temperaturen von 600—800° kommt es zur Verbrennung und Verkohlung der oberflächlichen Hautschichten; es bildet sich ein mehr oder weniger

tiefer Brandschorf, nach dessen Abstofsung eine blutende Geschwürsfläche frei wird. Auf diese Weise hat B. eine ganze Reihe verschiedenartiger Neubildungen der Haut beseitigt und in allen Fällen eine geschmeidige Narbe erzielt. Bei Abschlufs der Arbeit bestanden die Heilungen schon sechs bis sieben Monate lang.

Zur Behandlung kamen Naevi, Lupus, Hauttuberkulose und tuberkulöse Gummata, Hautepitheliom, Leukoplasie der Mundschleimhaut, Akne hypertrophica der Nase, Pruritus vulvae und Lichenifikation, torpide Geschwüre, Keloide, endlich auch mehrere Tätowierungen. Die Heifsluftbehandlung ist schon an sich recht schmerzhaft, oft sind im Anschlufs daran auch noch weitere Eingriffe — Auskratzung und Ähnliches — erforderlich; es empfiehlt sich daher, sie immer in Chloroformnarkose vorzunehmen. Die Behandlung erfordert grofse Umsicht und Vorsicht, da der Temperaturgrad und die Dauer der Einwirkung der Natur des Leidens und der befallenen Hautstelle anzupassen sind. — In einem Fall von Gumma tuberculosum des Vorderarmes war eine sehr tiefgehende Verbrennung erforderlich; als der Schorf sich abstiefs, lag eine Sehne blofs und es kam zu einem Erysipel der Hand und des Unterarmes.

Einige Betrachtungen über die Ätiologie der Psoriasis, von L. Brocq. Br. knüpft an zwei Vorträge an, die auf der jährlichen Dermatologischen Versammlung zu Philadelphia im Jahre 1909 gehalten wurden.

Gegen die Darstellung von Jay Frank Schamberg, der seine Betrachtungen über die parasitäre Natur der Psoriasis in ein Ignoramus ausklingen läfst, hat er nichts einzuwenden. Desto mehr Ausstellungen erhebt er gegen die Ansicht H. Pollitzers, der auf dem Unnaschen Standpunkte steht, das Ekzema seborrhoicum und die Psoriasis in eine Gruppe zusammenfafst und diese als eine Dermatose bezeichnet, die durch einen auf der Haut lebenden Mikroben veranlafst wird.

Br. kritisiert an der Hand der klinischen Beobachtungen und Erfahrungen die Beweisführung und den ganzen Gedankengang Pollitzers und wiederholt seine bekannte Ansicht, dafs die Theorie Pollitzers zwar die meisten Gründe für sich hätte, dafs sie aber keineswegs erwiesen sei. Einstweilen müsse man die Psoriasis als ein Syndrom betrachten, das von verschiedenartigen Ursachen hervorgerufen werden könne; sie stelle eine eigenartige Reaktionsweise der Haut dar, die auch ohne nachweisbare Ursache sich äufsern könne. Selbst wenn es gelänge, einen parasitären Erreger für die Psoriasis nachzuweisen, so bliebe doch auch bei ihr der Boden, d. h. die Haut und mit ihr der ganze Organismus bestimmend für Entwicklung und Verlauf der Krankheit.

Malum perforans der Planta pedis nach Verletzung der hinteren Wurzeln des Sakralteils des Rückenmarks, von L. M. Bonnet. Bei einem Mann entwickelte sich nach einer Fraktur der Wirbelsäule, die im übrigen ausheilte, ohne schwere Symptome zu hinterlassen, ein Malum perforans der linken Fufssohle, das am vorderen Ende des zweiten Metatarsalknochens safs und in jahrelangem Bestand keine Veränderung zeigte. Das Geschwür hatte die Gröfse eines Fünffrankstückes. Aufserdem bestand am linken Fufs eine anästhetische Zone, die dem Gebiet der vier ersten Sakralwurzeln entsprach.

B. knüpft an diesen Befund eine längere Auseinandersetzung, in der er auf diese weitere Ursache zur Erzeugung des Malum perforans hinweist, in der er aber vor allem betont, dafs nach dem vorliegenden Befund und nach den sonstigen Ergebnissen der Physiologie und der Pathologie die hinteren Wurzeln auch zentrifugale, trophische Fasern enthalten müfsten.

Türkheim-Hamburg.

Folia urologica.

März 1910.

1. **Eine neue Methode der Harnröhrenanästhesie**, von Benjamin S. Barringer-New York. Verfasser benutzt seit einiger Zeit mit bestem Erfolge zur Anästhesierung der Harnröhre ein 5%iges Alypin-Gleitmittel, das folgende Zusammensetzung hat:

Tragacanth	13
Glycerin	36
Hydrarg. oxycyanat.	1
Aq. dest.	370
Alypin	21

Die Einführung des Gleitmittels geschieht mittels einer Ultzmannschen Salbenspritze, die bis zum Blasenhals vorgeschoben und beim Zurückziehen langsam entleert wird; nur bei besonders empfindlichen Patienten empfiehlt sich die Entleerung während der Einführung. Im allgemeinen genügen 4—8 ccm für die ganze Harnröhre. Wird fünf bis zehn Minuten vor weiteren Schritten gewartet, so ist die Anästhesie besser als nach der Injektion anästhesierender Lösungen und nie von toxischen Erscheinungen gefolgt, wahrscheiulich weil das Alypin in der angegebenen Form von der Harnröhrenschleimhaut nicht absorbiert werden kann.

2. **Über tuberkulöse Strikturen der Harnröhre**, von Sawamura-Japan. Aus der Privatpraxis von Wildbolz-Bern werden 14 einschlägige Fälle mitgeteilt, aus denen folgende Schlüsse gezogen werden: 1. Die tuberkulöse Striktur der vorderen Harnröhre ist kein sehr seltenes Leiden. Wildbolz konstatierte dasselbe bei 15,5% seiner an Tuberkulose der Harnorgane leidenden männlichen Patienten. 2. Die tuberkulöse Urethralstriktur tritt fast immer in Verbindung mit einer ausgebreiteten Urogenitaltuberkulose auf. 3. Die tuberkulöse Striktur beeinflußt die begleitende Tuberkulose der Harnorgane oft ungünstig durch Urinstauung und aszendierende Infektion. 4. Als Behandlung genügt meist die allmähliche Dilatation. Manchmal erfolgt eine spontane Rückbildung nach Heilung des primären Herdes der Urogenitaltuberkulose.

3. **Über die Häufigkeit der Harnsteine in der Schweiz**, von Rosa Awerbuch-Kasan. Statistisches über die Steinkrankheit in der Schweiz aus den Jahren 1897 bis 1907. Unter mehr als 115000 Patienten, die in diesen Jahren in verschiedenen Schweizer Krankenhäusern zur Beobachtung gelangt sind, fanden sich im ganzen nur 65 Steinkranke, während in der Privatpraxis von Hottinger-Zürich unter 5200 urologischen Patienten 66 Fälle von Lithiasis beobachtet wurden. Aus der Literatur werden außerdem ca. 25 Fälle nachgetragen. Verfasser zieht den Schluß, daß die Urolithiasis in der Schweiz häufiger ist als man bisher der Meinung war, daß aber diese Häufigkeit gewissen Schwankungen unterliegt.

4. **Ein Fall von primärer blennorrhoischer Balanoposthitis**, von Carlo Coppolino-Messina. Die Beobachtung stammt aus der Klinik von Palermo. Bei einem 14jährigen Knaben fanden sich im eitrigen Sekret einer akuten Balanoposthitis Gonokokken, während die Harnröhre sich als normal erwies und erst im Laufe der Beobachtung, etwa eine Woche später, infiziert wurde.

5. **Ein Irrigations-Urethrocystoskop**, von Hans Goldschmidt-Berlin. Technische Änderungen am Irrigations-Urethroskop, um das Instrument mittels Einschieben eines optischen Systems als Cystoskop benutzen zu können. Die Abbildungen machen die Wirksamkeit der Modifikation ohne weiteres verständlich.

W. Lehmann-Stettin.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1910. Band I, Heft 1—3.

1. **Über die Ureterensteine.** Referat erstattet auf der 13. Sitzung der Association française d'urologie von Émile Jeanbrau-Montpellier. (Heft 1 und 2.) Auf J.s auch in Buchform erschienenen Vortrag, in dem pathologische Anatomie und pathologische Physiologie, Klinik, Diagnostik, besonders Röntgendiagnostik und Behandlung der Ureterensteine gleichmäfsig ausführlich und instruktiv beschrieben werden, wurde in diesen Blättern bereits nach einem im *Journ. d. pratic.* veröffentlichten kurzen Bericht hingewiesen; doch mögen auf Grund des vorliegenden ausführlicheren Referates noch einige Punkte hervorgehoben werden. — Jeder in den Ureter eingekeilte und das Ureterlumen verlegende Stein hat Zerstörung oder Atrophie der gleichseitigen Niere zur Folge, sofern nicht, was allerdings nur selten vorkommt, die entstehende Periureteritis zur Ulceration und Perforation der Ureterwand und zur spontanen Ausstofsung des Steines führt. Die gröfste Bedeutung für die Diagnose der Ureterensteine hat die Röntgenphotographie, die sich aber auf den ganzen Harnapparat erstrecken mufs, auch wenn der Kranke nur auf einer Seite Schmerzen hat; denn zuweilen befindet sich der Stein auf der anderen Seite oder beide Ureteren beherbergen Steine. Wegen der deletären Wirkung der Ureterensteine auf die Nieren ist ein Eingriff indiziert 1. in Fällen, in denen ein Stein mehrere Monate hindurch an der gleichen Stelle eingekeilt ist, auch wenn klinische Erscheinungen und Schmerzen fehlen; 2. wenn die Röntgenphotographie ergibt, dafs die Längsachse des Steins nicht parallel mit dem Ureter verläuft, weil dann eine Inkarzeration des Steines wahrscheinlich ist; 3. wenn intermittierende Hydro- oder Pyonephrose auftritt; 4. wenn der Stein Schmerzen hervorruft, die auf eine Ureteritis und Periureteritis schliefsen lassen, und infolgedessen das Eintreten einer Phlegmone zu befürchten ist; 5. wenn aus der betreffenden Uretermündung kein Harn mehr ausfliefst. Die therapeutischen Indikationen sind in den Fällen, in denen es schon zur Anurie gekommen ist, andere als in den Fällen, in denen keine Anurie besteht. Wird noch Harn in die Blase entleert, dann kommt in Betracht 1. die „Überwachung" der Steine, 2. die Herausbeförderung der Steine auf natürlichem Wege, 3. die operative Entfernung der Steine. „Überwachung" der Steine genügt nur bei kleinen Konkrementen, die sich spontan nach abwärts fortbewegen. Die Kranken erhalten Diuretika, besonders Mineralwässer, unter deren Einwirkung die Steine manchmal ohne Schmerzen und ohne Blutung abgeben; bei Ureteropyelitis wird aufserdem Urotropin oder Helmitol, bei neutralem oder alkalischem Harn Phosphor- oder Borsäure gegeben. Die Herausbeförderung der Steine auf natürlichem Wege kommt bei Steinen in Frage, die sich bis zur Uretermündung vorgeschoben haben; sie können, wenn sie nicht zu grofs sind, durch eine eingeführte Uretersonde mobilisiert werden und fallen dann in die Blase. Ist bereits Anurie eingetreten, dann wird zunächst die Katheterisierung desjenigen Ureters vorgenommen, aus dem sich zuletzt noch Harn entleert hat; gleichzeitig kann man zur Erzielung von Kontraktionen sterilisiertes kaltes Wasser oder Öl oder zur Beseitigung eines etwaigen Spasmus Eukainlösung in den Ureter injizieren. Auch die Anwendung des von Nitze angegebenen Akklusivdilatationskatheters für den Ureter führt manchmal zur Ausstofsung der Steine. Die Katheterisierung des Ureters, dessen Funktion zuerst aufgehört hat, erscheint J. gefährlich, weil seine Wandung an der Stelle, an der der Stein eingekeilt ist, verdünnt sein kann und bei der Katheterisierung unter Umständen einreifst. Wenn die Katheterisierung nicht zum Ziele führt, mufs zur Eröffnung der Niere geschritten werden, deren Harn sich länger entleeren konnte. Die Extraktion eines Uretersteines bei Anurie erscheint nurdann angezeigt, wenn die Anurie noch nicht länger als zwei Tage besteht, wenn ferner mittels der Röntgenphotographie der Sitz

des Steines genau bestimmt werden konnte und die andere Niere sicher keine Steinen enthält und das Allgemeinbefinden des Patienten gut ist; in allen übrigen Fällen begnügt man sich mit der Eröffnung der Niere und entfernt den Stein später. — Die beste Methode zur Extraktion von Ureterensteinen ist die extraperitoneale Inzision des Ureters (Ureterolithotomie); sie ergibt bei nicht anurischen, noch genügend widerstandsfähigen Patienten eine Mortalität von 1,66 %, die Bildung einer Ureterfistel läfst sich mit ziemlicher Sicherheit vermeiden, wenn man bei der Operation jede unterhalb des Steines befindliche Striktur durch Ureterotomie beseitigt.

2. **Über die Behandlung der Harnröhrenstrikturen,** von Batut - Marseille. (Heft 2.) Kurze Zusammenstellung der neueren, besonders der neueren französischen Literatur über die verschiedenen Behandlungsmethoden der blennorrhoischen und traumatischen Harnröhrenstrikturen (Thiosinamininjektionen, allmähliche Dilatation, Elektrolyse, Urethrotomia interna und externa, Resektion der Striktur mit Autoplastik) nebst Hinweis auf eigene Erfahrungen und Anschauungen und Mitteilung einiger Krankengeschichten. Neues wird dabei nicht vorgebracht.

3. **Die Chylurie,** von Marion. (Heft 3.) Klinischer Vortrag, der nichts Neues enthält.

4. **Über die Pathologie der Urethra posterior,** von Michailoff. (Heft 3.) Auf Grund zahlreicher eigener Beobachtungen ist M. — im Gegensatz zu Oberländer und Kollmann und anderen Autoren — zur Ansicht gekommen, dafs die Erkrankungen der hinteren Harnröhrenpartie viel häufiger sind als die der vorderen und dafs die Endoskopie der Urethra posterior nicht schwieriger und für den Patienten nicht unangenehmer ist als die Endoskopie des vorderen Harnröhrenteils; dabei ist Kokainisierung nur ausnahmsweise beim erstmaligen Einführen der Instrumente, bei sehr nervösen, empfindlichen oder furchtsamen Patienten nötig. Es empfiehlt sich, das Instrument stets bis zum Blasenhals einzuführen und in einer Sitzung zuerst den hinteren, dann den vorderen Abschnitt der Harnröhre zu besichtigen. Die bei der Endoskopie des hinteren Abschnittes so häufig auftretende Blutung beweist schon eine krankhafte Veränderung, eine venöse Hyperämie; je stärker diese ist, desto stärker ist auch die Blutung. Die mit der Blase organisch verbundene Urethra posterior ist bei allen Erkrankungen der Blase und bei allen von Erkrankungen der Prostata oder der Samenblasen ausgehenden Störungen der Geschlechtsfunktion in Mitleidenschaft gezogen. Die Enuresis, die Impotenz und die sexuellen Anomalien hängen in der Hauptsache von Störungen in der Blutzirkulation oder von Krankheiten der Pars posterior urethrae ab; die häufigste Form der Impotenz, die atonische oder paralytische, und die sexuelle Neurasthenie sind ausschliefslich durch venöse Hyperämie in der Gegend des Colliculus seminalis verursacht. Bei Kranken mit Störungen der Harn- oder Geschlechtsfunktion sah M. wiederholt in der hinteren Harnröhrenpartie Ulcerationen oder Infiltrationen oder Divertikel mit Konkrementen. In drei Fällen entdeckte M. am Colliculus seminalis „blasenartige Prostatacysten“ und in fast 25 Fällen zwischen Colliculus seminalis und Blasenhals papilläre Wucherungen, die zweifellos gutartiger Natur waren; die Cysten wie die papillären Bildungen führten zu Harnretention und zu venöser Hyperämie mit allen ihren Folgen.

5. **Neue Methoden der zirkulären Elektrolyse,** von Li Virghi Girolamo. (Heft 3.) Nach den Feststellungen des Verfassers beruht die Wirkung der zirkulären Elektrolyse auf die krankhaft veränderte Harnröhrenschleimhaut darauf, dafs die in der Urethra befindliche negative Elektrode zuerst eine Vasokonstriktion, dann eine Vasodilatation und gleichzeitig durch Bildung eines Ätzalkalis einen weichen Schorf erzeugt; die pathologischen Gewebe der Harnröhrenschleimhaut werden zerstört, der Schorf kommt zur Resorption.

Zur elektrolytischen Dilatation von Harnröhrenstrikturen verwendet der Verfasser olivenförmige Metallelektroden („dilatation electrolytique olivaire“). In jeder Sitzung führt er drei Olivenelektroden, bei weichen Strikturen zur „raschen elektrolytischen Dilatation“ fünf bis sieben Oliven von steigendem Durchmesser nacheinander ein; die Stromstärke beträgt 5—6 Milliampères, die Dauer der Sitzung fünf Minuten. Nach Beendigung dieser Dilatation wird die „elektrolytische Massage“ vorgenommen, indem die zuletzt zur Anwendung gelangte, stärkste Olive auf der strikturierten Partie hin- und herbewegt wird. Auf die elektrolytische Massage, die zur Förderung der Resorption des indurierten Gewebes dient, folgt als Schluſs eine Ausspülung der Harnröhre oder, wenn eine Blutung eingetreten ist, Injektion einiger Kubikzentimeter 1 %iger Protargollösung. — Bei multiplen, bei korkzieherartig angeordneten und bei sehr engen und harten Strikturen, bei Strikturen im Bulbus und bei den Indurationen des hinteren Harnröhrenteils ist die elektrolytische Dilatation durch Oliven mit Führungssonde angezeigt („Electrodilatation olivaire conduite“); die Technik ist die gleiche wie bei der dilatation electrolytique olivaire. — Zu jeder Sitzung muſs die Urethra kokainisiert werden, in den Zwischenräumen zwischen den Sitzungen werden dilatierende Bougierungen oder wenn eine blennorrhoische Urethritis besteht, Spülungen vorgenommen.

Bei Kranken mit chronischer Urethritis und einer Verengerung bei im übrigen weiter Harnröhre kombiniert der Verfasser die Elektrolyse mit der Endoskopie: es können dann infiltrierte, fibröse Partien, Drüsen usw. isoliert der elektrolytischen Behandlung unterworfen werden. Als negative Elektrode dient dabei eine feine, spitzige Platinklinge; zwischen den Sitzungen werden nur Spülungen gemacht.

Hin- und herbewegen einer Olivenelektrode in einer mit 1—4 %igen Höllenstein- oder Protargollösung gefüllten Urethra nennt der Verfasser „ionisierende elektrolytische Massage“; sie ruft gewöhnlich eine sehr lebhafte Reaktion, Wiederauftreten des Ausflusses oder Verstärkung eines bestehenden Ausflusses hervor, doch wird die Reaktion nach jeder Sitzung schwächer. Die Prozedur wird alle drei bis vier Tage wiederholt, in den Zwischenpausen sind ein- bis zweimal täglich Spülungen vorzunehmen. Durch die ionisierende elektrolytische Massage kann bei akuten Blennorrhoen, die höchstens zwei Tage alt sind, allerdings unter heftigen Schmerzen eine abortive Wirkung erzielt werden; im übrigen ist das Verfahren indiziert bei subakuten und chronischen Urethritiden, Entzündungen der urethralen Drüsen und bei Strikturen, die durch Urethritis kompliziert sind.

6. **Sechs Fälle von retrogradem Katheterismus vom Hypogastrium aus**, von Maurice Hache - Cannes. (Heft 3.) Kurzer Bericht über sechs Fälle, bei denen zum Teil wegen traumatischer Strikturen oder Ruptur der Harnröhre, zum Teil wegen impermeabler blennorrhoischer Strikturen der retrograde Katheterismus von der eröffneten Blase aus gemacht werden muſste. *Götz-München.*

Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

6. Jahrgang. Nr. 36.

1. **Operation einer alten Hydronephrose**, von Walther-Paris.

2. **Traumatische Harnröhrenstriktur. Unmöglichkeit zu katheterisieren. — Operation nach Forgue. Heilung**, von Utrau-Toulouse. Bei einem 40jährigen Manne, bei dem in den letzten drei Jahren wiederholt Schüttelfrost mit Erbrechen, auſserdem Trübung des Urins, Vermehrung und Erschwerung der Miktionen und schlieſslich Ischuria paradoxa aufgetreten war, fand U. eine impermeable Striktur im perinealen Harnröhrenteil. Der Patient war vor 16 Jahren beim Reiten einmal auf

den Sattelknopf geschleudert worden, ohne dafs sich irgendwelche unmittelbare Folgen gezeigt hätten; erst nach sechs Monaten war es zu einer akuten Harnretention und bei der Entleerung der Blase mittels Metallkatheters zu einer starken Blutung aus der Urethra gekommen. U. exstirpierte den verengten Harnröhrenteil in der von Forgue und Riche angegebenen Weise: das Perineum wurde wie zur Prostatektomie quer inzidiert, die Pars membranacea der Urethra am unteren spitzen Ende der Prostata eröffnet, von hier aus ein Katheter in die Blase und von aufsen ein zweiter Katheter bis zur Striktur eingeführt, die verengte Partie freigelegt und mit dem von ihr eingeschlossenen Harnröhrenteil wie ein Tumor exstirpiert. Dann wurde der in die Blase eingeführte Katheter retrograd durch den Rest der Urethra nach aufsen hindurchgeschoben, über ihm aus den umliegenden Geweben eine neue Harnröhre gebildet und die verschiedenen Schichten vernäht. Nach sechs Tagen wurde der Katheter entfernt, nach weiteren zwei Tagen mit einer Dilatationskur begonnen. Der Erfolg war vorzüglich, der Mann genas vollständig.

3. **Bilaterale Hydropyonephrose infolge von kongenitaler Verengerung der Ureterenmündungen, kompliziert durch einen Blasenstein,** von Georges Pélissier-Oran. Bei einem zwölfjährigen Jungen, der seit Jahren über Schmerzen im Leib und in der Lendengegend klagte, andauernd Harnbeschwerden hatte und schliefslich Ischuria paradoxa aufwies, fand P. in der Blase $1^1/_2$ l Urin, der trüb, aber frei von Eiter war, und einen Stein. Dieser wurde mittels Sectio alta entfernt, drei Tage nach der Operation starb der Knabe. Die Sektion ergab, dafs beide Nieren in weite multilokuläre Säcke umgewandelt und samt den stark dilatierten Ureteren mit Eiter gefüllt waren; die vesikalen Ureterenmündungen erschienen aufserordentlich stark verengt, die Harnblase stellte sich als Divertikelblase mit verdickten Wandungen dar. — Die Stenose der Ureterenmündungen war zweifellos angeboren und hat sekundär zur Dilatation der Ureteren und der Nierenbecken geführt. Die engen Harnleiterorificien haben intra vitam unter dem Druck von oben den Harn zwar tropfenweise ausfliefsen lassen, den Eiter aber wie ein Filter zurückgehalten.

4. **Weiche Harnröhrenkatheter aus Metall,** von Paul Salmon-Paris. Nach S. lassen sich weiche Metallkatheter in der Weise herstellen, dafs man Metalldraht von $^6/_{10}$ mm Dicke in Form ganz dicht aneinander stehender Spiraltouren aufrollt; am inneren Ende wird ein konisches oder olivenförmiges Metallstück angebracht. Verwendet kann Draht aus Silber, Stahl, Kupfer, Nickel usw. werden; am besten bewährt hat sich Draht aus Nickellegierungen. Nach den Erfahrungen S.s lassen sich die Drahtkatheter sehr gut einführen, sie sind sehr haltbar und leicht und sicher zu sterilisieren.

5. **Doppelläufige Prostatakanüle aus Kautschuk zur Behandlung der Prostataaffektionen mit warmen rektalen Irrigationen,** von Boulanger. Beschreibung und Abbildung einer cylinderförmigen, etwa zeigefingerdicken, mit Zu- und Abflufsrohr versehenen Kanüle, die in das Rektum eingeführt eine Berieselung der rektalen Fläche der Prostata ermöglicht. Das obere, längere, engere für den Zuflufs des warmen Wassers bestimmte Rohr ist an seinem inneren, rektalen Ende geschlossen, die Flüssigkeit tritt durch eine Reihe kleiner, an der oberen Wand angebrachter Löcher aus, das untere, bedeutend weitere und kürzere Abflufsrohr hat an seinem rektalen Ende eine schräg verlaufende, grofse Öffnung. An der Grenze zwischen äufserem und mittlerem Drittel befindet sich eine konische, weit ausladende Scheibe, die ein zu weites Eindringen der Kanüle verhindert. — Das kleine Instrument, das von Raynal frères-Paris hergestellt wird, ist aus einem Stück Kautschuk gearbeitet, biegsam und leicht auszukochen. *Götz-München.*

Russische Zeitschrift für Haut- und venerische Krankheiten.

Band XIX. Februar 1910.

I. **Ein seltener Fall von schleimiger Degeneration der Haut (Myxoma cutis)**, von Lewtschenkow. Der beschriebene, am 12./25. April 1909 in der Moskauer venerologisch-dermatologischen Gesellschaft vorgestellte Krankheitsfall ist bereits in *diesen Monatsheften* referiert worden. Cf. Bd. 48, Nr. 12, S. 553, und Bd. 50, Nr. 6, S. 239.

II. **Über die neuesten physikalischen Methoden der Behandlung der Hautkrankheiten**, von Schljaposchnikow. Dieser am 4. April 1908 in der Charkower dermatologisch-venerologischen Gesellschaft gehaltene Vortrag von Sch. bringt ein Referat über die neuesten physikalischen Behandlungsmethoden der Hautkrankheiten.

III. **Ein Fall von chronischer Syphilis**, von Schtscherbakow. Verfasser beschreibt eine Beobachtung von beständigen syphilitischen Rezidiven bei einem Kranken, der sich aufserordentlich gründlich hatte behandeln lassen, noch sieben Jahre nach der Infektion.

IV. **Enésol zur Behandlung der Syphilis**, von Mironowitsch. In einer, freilich nicht zahlreichen Reihe von Fällen hat M. das Enésol mit gutem Erfolge bei Lues angewandt. Die Injektionen wurden sehr gut vertragen, gaben keine Infiltrate und bereiteten den Kranken so gut wie keine Schmerzen, sondern nur etwas Jucken.

V. **Einige Beobachtungen über den Einflufs der Lebensbedingungen des Organismus auf die Hoden und Eierstöcke**, von Halpern-Grodno. In einigen angeführten Beispielen von Naevus pigmentosus, Hypertrichosis usw. glaubt Verfasser diese Erscheinungen auf gewisse veränderte Lebensbedingungen eines Teiles der Eltern zurückzuführen, die zur Zeit der Zeugung stattfanden, so z. B. den Naevus auf zufällige Jodpinselungen, welche die Mutter des Kindes wegen Kopfschmerz gerade an derselben Körperstelle vorgenommen hatte, wo der Naevus beim Kinde ausgeprägt war. Halpern ist der Ansicht, dafs ein jeder Moment der Nahrungszunahme wie der Funktionstätigkeit irgendeines Organes, mag es bewufst oder unbewufst geschehen, die im Gewebe des betreffenden Organes verbreiteten Enden der sensiblen Nerven reizt. Die Summe der Reize teilt sich nach bestimmten Gesetzen dem Zentralnervensystem mit. Von hier gehen dann Störungen in der Innervation der verschiedenen Organe, darunter auch der Hoden und Eierstöcke, aus, welche von Einflufs sind auf die Spermatozoen und Ovula. *Arthur Jordan-Moskau.*

Bücherbesprechungen.

Sekundäre Spätsyphilis, von A. Fournier. Autorisierte Übersetzung von Bruno Sklarek. Mit fünf Tafeln. Julius Springer, Berlin 1909. Wir müssen es Sklarek Dank wissen, dafs er in einer so angenehmen Übersetzung uns ganz besondere Erfahrungen des französischen Meisters vermittelt. Der Wert solcher Erfahrungen aus der Klinik der Syphilis mufs sehr hoch erachtet werden, wo die neueste Zeit mit ihren grofsen Laboratoriumsentdeckungen auf dem Gebiete der Syphilis energisch — und auch recht kritiklos — an den klinischen Dogmen rüttelt. Wie lange galten die Nichtinfektiosität der Späterscheinungen, die rein paterne Vererbung der Syphilis u. a.! Wie schnell aber auch werden neue Arsenpräparate als mindestens ebenbürtig dem Hg an die Seite gestellt nach wenigen klinischen Beobachtungen und einigen Tierversuchen,

um dann ebenso schnell wieder zu verschwinden und nur noch historische Bedeutung zu beanspruchen. Ohne Spirochaeta pallida soll kein Primäraffekt diagnostiziert werden! Das Gros unserer Erfahrungen, aus welchen heraus wir den Ehekonsens erteilten in der vorserologischen Zeit, bedeutet überhaupt nichts mehr gegenüber dem positiven oder negativen Ausfall der WASSERMANN-BRUCKschen Reaktion!

Wer heute noch unentwegt daran festhält, dafs die reine Klinik für die Syphilisforschung von gröfster Bedeutung ist, wird FOURNIERS Krankengeschichten mit lebhafter Freude studieren.

Nicht ohne Erstaunen wird der Leser hinnehmen, wie häufig FOURNIER in dem sog. Spätstadium Erscheinungen begegnet sind, die als charakteristisch gelten für das sog. Sekundärstadium: die verschiedenen Formen der Roseolen, welchen sich das sog. tertiäre Erythem anreiht, die Psoriasis palmaris et plantaris, Schleimhautsyphilide verschiedener Art. Über das zeitliche Auftreten dieser im speziellen während der Spätperiode — bis zum 20. Jahre der Krankheit — werden wir belehrt. Aber noch weit später begegnet man der Glossitis depapillans und der Syphilis palmaris et plantaris. Oft tritt diese verkümmert auf, ebenso oft aber auch unverfälscht frisch als genauer Abklatsch einer Psoriasis der ersten Jahre, ja der ersten Monate der Krankheit. Wenn diese Sekundärsymptome in der Tertiärperiode nicht besonderen lokalen Reizen ihre Entwicklung zu verdanken haben, so ist als ursächliches Moment eine nicht ausreichende Behandlung der Syphilis in der Frühperiode mit anzuschuldigen.

So ungefährlich diese Formen für den Träger sind, so gefährlich und ansteckend in ihrer Mehrheit für andere.

Ein besonderes Kapitel läfst FOURNIER die Frage behandeln, bis zu welchen Terminen derartige Ansteckungen beobachtet worden sind. Aber andere Probleme bleiben unentschieden. Was hat man z. B. hinsichtlich der Ansteckungsfähigkeit von gewissen Erscheinungen zu fürchten, die so sehr häufig im Munde alter Syphilitiker vorkommen, wie Glossitis depapillans, Leukoplakie und leukoplakische Erosionen, rezidivierender Herpes, Glossitis exfoliativa marginata usw.

Ob FOURNIER nicht zu weit geht mit der Annahme einer sicheren spezifischen Grundlage dieser oder jener Eruption? Angenommen, dafs die letztgenannte Eruption auch ohne Lues vorkommen kann, so könnte ihre Auffassung als einziges Symptom bei einem, dessen Frühstadien ausgiebig behandelt wurden — die Koinzidenz bei der Häufigkeit der Syphilis als solcher gewifs nicht verwunderlich —, zu schlimmsten Folgen führen. Referent bezieht sich da auf eigene Fälle.

FOURNIER verwertet seine Erfahrungen — und das beweist wieder die Subjektivität aller klinischen Erfahrungen — zu einer dringlichen Empfehlung der chronisch-intermittierenden Behandlung. In dem Vorwort hebt SKLAREK mit Recht hervor, dafs wir heute die Ansteckungsfähigkeit der Spätsyphilitischen auch anders erklären können als durch das Vorkommen von Symptomen, die FOURNIER auf Grund seiner Riesenerfahrungen als Sekundärsymptome ansprechen mufs.

Die Leser dieser Zeitschrift interessiert im besonderen, dafs FOURNIER für sein tertiäres Erythem die UNNAsche Annahme eines Neurosyphilids ablehnt und es auffafst als eine in denkbar höchstem Grade abgeschwächte Form des tuberösen Syphilids.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Die Gonorrhoe des Mannes und ihre Komplikationen, von HANS WOSSIDLO. Zweite umgearbeitete Auflage. Mit 54 Textbbildungen und 8 teils farbigen Tafeln. (Georg Thieme, Leipzig 1909.) Die grofse Anerkennung, welche die erste Auflage des WOSSIDLOschen Buches gefunden hatte, wird die zweite Auflage noch erhöht begleiten. In dem Vorwort zur neuen Auflage skizziert W. selbst, was diese auszeichnet, dafs er der JANETschen Behandlungsmethode der akuten Blennorrhoe wieder nähergetreten

sei, nachdem JANET selbst sie gegen früher wesentlich umgeändert hat. Neu hinzugekommen sind die Kapitel über die Irrigations-Urethroskopie, über die blennorrhoischen Strikturen und über die Blennorrhoe des Mastdarmes.

Ausstattung und Schönheit des Druckes vermehren den Wert des Werkes; der Wert liegt begründet in der überaus objektiven und vornehmen Darstellung unseres Wissens über die Blennorrhoe beim Manne und in der Sorgfalt und Ruhe, mit welcher die therapeutischen Gesichtspunkte gewonnen und empfohlen werden, ohne dafs WOSSIDLO zu einem enthusiastischen Lobredner der Behandlungsmethode wird, welche er selbst so eifrig mit ausgebaut hat.

Ohne WOSSIDLO und seinen Schülerkreis hätte die OBERLÄNDER-KOLLMANNsche Richtung in Deutschland vor allem nicht die grofse Gefolgschaft gefunden.

Referent erinnert sich an dieser Stelle in Dankbarkeit seines Lehrers WOSSIDLO, und wenn Referent wie so mancher andere heute der Endoskopie und der auf ihr fufsenden Dilatationsmethodik nicht mehr die Alleinherrschaft in der Behandlung der chronischen Blennorrhoe zuerkennen kann, ja von einer Überschätzung dieser überzeugt ist, so mufs er um so mehr den Standpunkt WOSSIDLOs bewundern, welcher auch den Gegnern gerecht wird. So leicht kommt man nicht aus dem Dilemma heraus, welches darin gegeben ist, dafs OBERLÄNDER, KOLLMANN, WOSSIDLO u. a. fast als einen Kunstfehler in der Behandlung der chronischen Blennorrhoe die Nichtanwendung der Dilatatoren empfinden, welche von so vielen und ebenso ernsten Urologen kaum in die Hand genommen werden.

Die Kapitel über die Behandlung der a k u t e n blennorrhoischen Urethritis verdienen eine uneingeschränkte Empfehlung. Der Schematismus der Anwendung der Silbersalze und der ganzen Injektionstherapie wird strikte abgelehnt. Auch in der Betrachtung und der Behandlung der Komplikationen möchte Referent WOSSIDLO fast bedingungslos folgen. WOSSIDLO hat gute Erfahrungen mit der Stichelung der geschwollenen und entzündeten Epididymis gemacht im allerersten Beginn der Schwellung. Scrotum und Tunica vaginalis werden nach einem amerikanischen Vorschlag vorher inzidiert. WOSSIDLO schliefst aber sofort die Wunde wieder.

Referenten interessieren naturgemäfs besonders die Darstellungen der pathologischen Anatomie. WOSSIDLO ist hier sehr kritisch vorgegangen. Welche Probleme, angefangen von der akuten blennorrhoischen Erkrankung der Schleimhaut der Urethra, sind hier noch zu lösen! Von ihrer Lösung wird es für Referenten abhängen, welche exakte Bedeutung den Infiltraten zukommt. In dem letzten wichtigen Kapitel über Blennorrhoe und Ehekonsens legt WOSSIDLO, wie so viele, dem überwiegenden Leukocytengehalt in den Filamenten eine ausschlaggebende Bedeutung bei.

Referent darf sich nicht in Einzelheiten verlieren. Die kurze Anzeige mufs damit schliefsen, dafs das WOSSIDLOsche Werk, eine Ergänzung des OBERLÄNDER-KOLLMANNschen Handbuches der chronischen Blennorrhoe, neben der FINGERschen Bearbeitung das beste ist, was vom angehenden wie erfahrenen Arzt über die Blennorrhoe beim Manne in zusammenfassender Darstellung gelesen werden kann.

Ernst Delbanco-Hamburg.

Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. Bd. I, Heft 2. (Rio de Janeiro, Manguin hos., August 1909.) Von dieser in Rio de Janeiro publizierten Zeitschrift erscheinen jährlich zwei Hefte. Sie enthält besonders Aufsätze aus dem Gebiete der Bakteriologie und Parasitenkunde und ist in portugiesischer Sprache mit gegenüberstehender deutscher Übersetzung geschrieben. Das vorliegende Heft enthält folgende interessierende Aufsätze:

Zur Entwicklung von „Spirochaeta gallinarum“, von S. VON PROWAZEK.

Über den Nachweis von Antigen und Antikörper durch Komplementablenkung, von ARTHUR MOSES. Aus dieser Arbeit sind besonders des Autors Untersuchungen über Vaccine und Variola hervorzuheben. Im Gegensatz zu anderen Untersuchern fand er niemals durch die Komplementablenkung nachweisbare Antikörper im Blute. Er glaubt, daſs die Vaccine-Immunität nicht an das Serum, sondern an die Zelle gebunden ist.

Variola-Untersuchungen, von S. VON PROWAZEK und H. DE BEAUREPAIRE ARAGÃO. Während der Variola-Epidemie in Rio 1908 hatten die Verfasser Gelegenheit, sich eingehend mit dem Virus der Variola zu beschäftigen, und publizierten ihre Resultate in Nr. 44, 1908, der *Münch. med. Wochenschr.* Da aber die damaligen kurzen Mitteilungen zu Miſsverständnissen Anlaſs gaben, so berichten sie in diesem Aufsatz nochmals ausführlich darüber. Ihre Untersuchungen erstreckten sich zuerst auf den Erreger der Variola. Sie fanden mit ihrer Untersuchungsmethode, deren Details im Original nachzulesen sind, in allen Fällen rundliche Körperchen von Diplokokkenform, die kleiner als die kleinsten bis jetzt bekannten Bakterien waren. Da diese nur im Pockenmaterial konstant gefunden wurden, ferner da sie auch in den auf Kolloidschichten eingeengten BERKEFELD-Filtraten allein ohne irgendwelche weitere Mikroorganismen vorkamen und mit diesen Filtraten die Kaninchencornea mit Erfolg geimpft werden konnte, so sprechen die Autoren diese Körperchen als Erreger der Variola an.

Was das Kreisen des Variolavirus im Körper anbetrifft, so konnten die Verfasser nachweisen, daſs zwar eine Generalisation stattfindet, daſs diese aber nur eine bestimmte Zeit dauert, daſs nachher aber eine Tendenz des Variolavirus, sich in den Zellen anzusiedeln, vorhanden ist, und zwar in späteren Stadien hauptsächlich in den Zellen des Ektoderms oder in dem kollagenen Gewebe der Subcutis.

Zum Schluſs bringen die Verfasser noch einige Beobachtungen, welche für die Beurteilung der Immunitätserscheinungen bei der Variola von Wichtigkeit sind. Sie fanden, daſs das Variolaserum nach einem gewissen Zeitpunkt (14 Tage) höchstens das Virus abschwächt und sich durch einen Mangel an Antikörpern auszeichnet. Bei ihrer Epidemie war übrigens das Variolavirus mit einem Staphylococcus vergesellschaftet und bedingte so in diesem gelegentlichen Symbioseverhältnisse ähnlich wie beim Scharlach Komplikationen in der Schwere des Krankheitsverlaufes.

Gunsett-Straſsburg.

Der Tripper des Mannes und der Frau, von KÜSEL. Moskau 1909.

Der akute und chronische Tripper des Harnröhrenkanals beim Manne, von HAHN. Odessa 1910. In schneller Folge ist die russische Literatur durch zwei wertvolle Monographien über den Tripper bereichert worden. Das schon vor einem Jahre, erst nach dem Tode des leider zu früh verstorbenen Autors erschienene Werk KÜSELS gibt einen vorzüglichen, ausführlichen, die gesamte Literatur berücksichtigenden Überblick über den Tripperprozeſs sowohl beim Manne als bei der Frau. Das soeben bekannt gewordene Werk HAHNS über dasselbe Thema stellt sich eine kleinere Aufgabe, indem es nur den Tripper des Harnröhrenkanals beim Manne berührt und auf die Komplikationen nur so weit, als es im Rahmen des Ganzen unbedingt notwendig ist, nicht aber im speziellen eingeht. Das erscheint mir bedauerlich und eine Erweiterung in dieser Hinsicht bei einer eventuellen neuen Auflage erwünscht. Im übrigen wird aber der Tripper der Harnröhre des Mannes von HAHN nach jeder Richtung hin in sehr genauer und, ich möchte sagen, subjektiverer Weise als von KÜSEL betrachtet. Ein jedes dieser Handbücher verfolgt daher einen speziellen Zweck, das KÜSELsche ist mehr für den Studenten, das HAHNsche mehr für den Spezialisten bestimmt. Aus dem letzteren Werk seien einige Punkte hervorgehoben. Im Gegensatz

zu früheren Arbeiten über die Blennorrhoe widmet HAHN der Urethritis non blennorrhoica ein besonderes Kapitel, wobei er sieben verschiedene Formen derselben unterscheidet, nämlich:

1. die Entzündung der Urethra infektiösen Ursprungs,
2. „ „ „ „ mechanischen „
3. „ „ „ „ chemischen „
4. „ „ „ „ medikamentösen „ wie auch in Abhängigkeit von gewissen Nahrungsmitteln,
5. lokale Erkrankungen der Schleimhaut der Urethra, welche einen Tripper vortäuschen,
6. Entzündungen der Harnröhrenschleimhaut infolge anormaler Ausscheidung der Stoffwechselprodukte,
7. Entzündungen der Harnröhrenschleimhaut infolge allgemeiner Krankheiten.

Die blennorrhoische Urethritis wird von HAHN, wie üblich, einerseits in diejenige der vorderen und hinteren Harnröhre, andererseits in die akute und chronische Form geteilt. Bei der ersteren unterscheidet H. eine rein akute, eine subakute und eine perakute resp. phlegmonöse Form. Was die chronische Blennorrhoe anbetrifft, so kann H. der FINGERschen Einteilung in eine Urethritis superficialis seu mucosa und in eine profunda zwar die Anerkennung nicht verwehren, zieht aber die OBERLÄNDERsche in weiche und harte Infiltrate vor. Einen Übergang der Urethritis anterior auf die hintere Harnröhre sah H. bei seinen stationären Kranken, Soldaten, in 57%.

Hinsichtlich der Behandlung ist H. ein großer Anhänger der JANETschen Spülungen, sowohl der vorderen als auch, wo nötig, der hinteren Harnröhre. Auf diese Weise gelang es H., im Jahre 1904 im Odessaer Militärhospital alle unkomplizierten Fälle von akutem Tripper in durchschnittlich 20,3 Tagen auszukurieren! Der Behandlung des chronischen Trippers mit Sonden und Dilatatoren wird ausführlich gedacht, aber auch die Instillationen und die Massage kommen zu ihrem Recht. Zur Beurteilung der Frage, ob der Kranke als geheilt anzusehen ist oder nicht, hält H. außer der mikroskopisch-bakteriologischen Untersuchung eine urethroskopische für unbedingt notwendig. Unter den Urethroskopen wird, wie selbstverständlich, dem GOLDSCHMIDTschen die höchste Anerkennung gezollt.

Beide Handbücher seien denen, welche das Russische beherrschen, warm empfohlen. Bedauerlich sind nur, speziell im HAHNschen Werk, die vielen Druckfehler und Namenentstellungen. *Arthur Jordan-Moskau.*

Die Serodiagnose der Syphilis, von CARL BRUCK. (Julius Springer, Berlin 1909.) In gedrängter Form, aber ungemein klar und anregend, belehrt uns BRUCK über die Geschichte der Serodiagnose der Syphilis, über Wesen und Technik — letztere mit all ihren Abänderungen. Weitere Kapitel befassen sich mit der Spezifizität der großen Entdeckung, berichten über Vorkommen und Verwertbarkeit der Reaktion in den verschiedenen Stadien der Krankheit und bei der hereditären Syphilis, über den Einfluß der spezifischen Behandlung auf den Reaktionsausfall, über den Wert der Reaktion für die anderen medizinischen Disziplinen. Ein Anhang bringt die Reaktionen nach PORGES, KLAUSNER, SCHÜRMANN, FOWET. Ein erschöpfendes Literaturverzeichnis beschließt das Buch.

Frei von jeglicher störenden Polemik — wo solche nicht zu umgehen ist, ist sie äußerst objektiv gehalten — beleuchtet der Mitentdecker seine Methode und verteidigt sie wirksam gegen alle Überlegungen, welche ihre diagnostische Bedeutung herabzusetzen versuchen.

Der Verwertbarkeit der Reaktion an Leichenseren steht BRUCK skeptisch gegenüber. „Die Syphilisreaktion ist ein rein biologisches Problem, aber kein kadaveröses."

Weitgehendes Interesse beanspruchen die Ausführungen B.s, welche sich mit denjenigen Krankheiten beschäftigen, „bei denen erfahrungsgemäfs ein der Syphilisreaktion analoges Phänomen mit einer gewissen Konstanz zu beobachten ist“. „Es sind dies: Framboesie, Trypanosomenerkrankungen, Lepra und Scharlach.“

Zusammenfassend sagt Bruck, „dafs bei keiner Krankheit, die klinisch mit Syphilis verwechselt werden kann (ausgenommen Framboesie und Lepra) positive Reaktion vorkommt, und dafs daher dort, wo die letztere auftritt, mit absoluter Sicherheit auf Syphilis zu schliefsen ist“.

Nur auf diesem für Bruck so sicheren Boden sind die grofsen umwälzenden praktischen Folgerungen verständlich, welche der Autor für die Ammenuntersuchung, die immer wieder einzusetzende Hg-Behandlung in einem noch so späten Stadium der Krankheit, die Aufdeckung latent Syphilitischer, für die Entscheidung gegen Colles und Profeta usw. usw. eindringlich erörtert.

„Die positive Reaktion ist als Krankheitssymptom zu deuten.“

Nicht lebhaft genug kann die Bewunderung derer sein, welche uns die Spirochaeta pallida, die Affenimpfungen, die Serodiagnose brachten. Und doch möchte Referent abseits am Wege stehen und daran denken, dafs, als die grofsen Entdeckungen noch nicht vorlagen, nur die allerwenigsten Syphilidologen die Richtlinien ihres praktischen Handelns als so schwankend empfanden, wie sie heute mit einem Male dargestellt werden, die Richtlinien, welche uns die am Krankenbette gewonnenen Erfahrungen ungezählter hervorragender Kliniker über viele Jahrzehnte schufen.

Ernst Delbanco-Hamburg

Krankheit und Krankheitsursache, von E. v. Düring. Beiträge zur ärztlichen Praxis, 2. Heft. (Vogel, Leipzig 1909.) v. Düring bringt eine Kritik der Schul- und Zunftmedizin im allgemeinen und einer übertriebenen Bewertung der Cellularpathologie im besonderen. „Versuch einer Klarlegung der Grundbegriffe und einer zusammenfassenden Übersicht über die Anschauungen, die uns als Ärzte bei der Stellung der Diagnose, bei der Wahl der Therapie und bei der Prognose leiten sollen“ (S. 45). Dieser Versuch stützt sich auf neuere biologische Untersuchungen und Arbeiten über das Wesen der Reizwirkung und organischen Reaktion, über die Begriffe und Erscheinungen der individuellen Disposition, der Resistenz, Anlage, Regulation und Korrelation. Man kann aber kaum behaupten, dafs dieser Versuch sonderlich gut geglückt sei. Der Gedanke, „dafs wir immer „Funktionen“, niemals „Zustände“ unserem medizinischen Denken zugrunde legen müssen“ (S. 37), zieht sich nach des Verfassers eigener Behauptung (S. 37) wie ein roter Faden durch diese Arbeit. So S. 12: „Nicht als einen Zustand, sondern als eine Lebenserscheinung, als einen Lebensvorgang, als eine Kette von Funktionen haben wir die Krankheit aufzufassen.“ S. 20: „Das Wichtigste, stets Festzuhaltende, für unser ganzes medizinisches Denken Unerläfsliche ist, dafs wir uns .... darüber klar sind, dafs Disposition, Resistenz usw. nicht Zustände sind, sondern Vorgänge, Funktionen.“ Ist dies nun eine Klarlegung der Grundbegriffe? — Diese Arbeit, die im einzelnen übrigens manche Anregung bietet, ist vielmehr ein Beweis, dafs der Gang der medizinischen Entwicklung zwar über die Cellularpathologie hinausführt — eine Beobachtung, die nicht gerade neu ist —, dafs aber die Versuche, neue Grundbegriffe zu gewinnen, noch keineswegs das Stadium der Reife erlangt haben. *Ernst Delbanco-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

e. *Nieren*, *Ureteren*, *Harn*.

Ein Verfahren zum Nachweis des Blutes im Urin, von J. Kóssa-Kolozovár. (*Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 35.) Das Verfahren ist folgendes: Man bereitet eine sehr dünne Blutlösung; man nimmt z. B. 5 ccm defibriniertes Hundeblut und löst es in 10 l destilliertem Wasser auf (5:10000); von dieser Lösung nimmt man 10 ccm und gibt vom offiziellen (90 Vol. %ig) Weingeist ebenfalls 10 ccm zu. Diese beiden Flüssigkeiten werden gut vermischt, aber nicht stark rüttelnd, sondern die mit dem Daumenfinger verhaltene Eprouvette behutsam nach rechts und links neigend, damit die Flüssigkeit sich nicht mit viel Luft vermische. Zu dieser Flüssigkeitsmischung gießt man jetzt schon 5 ccm Chloroform und vermengt das Ganze wieder, aber wieder nicht stark rüttelnd, sondern in derselben Weise wie früher. Starkes Rütteln ist deshalb nicht gut, weil die Flüssigkeiten sonst stark emulgieren, die Ablagerung des Chloroforms sehr langsam erfolgt und das sich niederschlagende Blut sich mit viel Luft vermischt und die Reaktion schließlich nicht so auffällig ist, als wenn das Vermischen vorsichtig erfolgt. In letzterem Falle lagert sich Chloroform rasch ab und auf der Oberfläche an der Grenze, die zwischen der oberen Wasser- und der unteren Chloroformschicht ist, schlägt sich das Blut in kleinen blutroten Flocken nieder. Wenn in der Lösung der Blutgehalt minimal war, ist es gut, hinter die Eprouvette ein weißes Papierblatt zu halten. Die rote oder rosenfarbene Farbe des niedergeschlagenen Blutes wird deutlicher sichtbar. Verfasser verglich sein Verfahren mehrere Male mit der Hellerschen Probe, die die Kliniker mit großer Vorliebe anwenden, um Blut im Urin nachzuweisen und die auch sehr empfindlich ist. Diese vergleichenden Versuche stellten aber fest, daß sein Verfahren an Empfindlichkeit auch die Hellersche Probe übertrifft, weil in mehreren Fällen (bei dem Nachweise von sehr wenig Blut), wenn der bei der Hellerschen Probe sich bildende Niederschlag kaum eine gelblichrote Farbe zeigte, so daß die Anwesenheit von Blut nicht mit Bestimmtheit angegeben werden konnte, sein Verfahren einen entschiedenen positiven Erfolg zeigte. Selbstredend ist eine gewisse Übung in der Vornahme der Reaktion notwendig. Aber wenn man sich die angeeignet hat, kann die Probe viel rascher vorgenommen werden, als die Hellersche Blutprobe, weil man es nach einiger Übung nicht notwendig hat, die einzelnen Bestandteile zu messen. Man kann sie auch nach bloßem Augenmaße beigeben; auch erspart man die Zeit des Wärmens dabei. Die Empfindlichkeit der Probe hängt vor allem davon ab, in welchem Maße es uns gelingt, am Ende der Reaktion die überflüssige Flüssigkeit abzugießen, ferner von dem nachträglichen Hinzufügen des Weingeistes, denn Verfasser machte oft die Wahrnehmung, daß nach dem Hinzufügen von Alkohol die kleinen Blutflocken dunkelfarbig, also auffälliger wurden. *Porosz-Budapest.*

Darstellung von Urincylindern mittels des Tuscheverfahrens, von K. Stoevesandt-Bremen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 52.) St. empfiehlt die Anwendung des von Burri in die bakteriologische Mikroskopie eingeführten Tuscheverfahrens zur Darstellung der wenig lichtbrechenden hyalinen und Schleimcylinder im Harnsediment. Das Verfahren ist folgendes: 1 ccm Grüblers Mikroskopiertusche

+ 9 ccm destilliertes Wasser werden mehrere Tage nacheinander wie Gelatinenährböden sterilisiert und zur besseren Haltbarmachung mit einigen Tropfen Chloroform oder 0,5%iger Karbolsäurelösung versetzt. Davon bringt man einen Tropfen von 3—5 mm Durchmesser auf den Objektträger, mischt etwas von dem Harnsediment mit der Platinöse hinzu und mikroskopiert nach dem Trockenwerden unter dem Deckglas. Alle korpuskulären Elemente haben sich leuchtend weifs von dem dunklen Tuscheuntergrund ab, so dafs auch ganz dünne hyaline Cylinder sofort auffallen. Die Zellkerne werden in solchen ungefärbten Trockenpräparaten natürlich nicht sichtbar; doch ist eine oberflächliche Orientierung über die vorhandenen Zellarten, ob Leukocyten oder Nierenepithelien, möglich, wenn man das Präparat noch während des Eintrocknens ohne Deckglas mit enger Blende betrachtet, die Kerne sind dann noch zu sehen. Mischt man in den Tuschetropfen ein wenig 1%ige wäfsrige Eosinlösung, so färben sich die vorhandenen Erythrocyten in der üblichen Weise. Die gewöhnlichen Kernfarbstoffe lassen sich nicht hinzumengen. — Die Präparate sind unter Balsam dauernd haltbar. *Götz-München*

Kongenitale und hereditäre Hämaturie als eine Familieneigentümlichkeit, von J. Aitken-Kilmarnock. (*Lancet*, 4. Aug. 1909.) Verfasser berichtet über eine Familie von sechs Kindern im Alter von elf Monaten bis neun Jahren, welche alle mehr oder weniger oft und intensiv ohne bestimmten Grund gelegentlich an Hämaturie erkrankt gewesen sind. Von diesen Kindern sind jetzt nur drei noch am Leben. Inbetreff der hereditären Belastung ist zu erwähnen, dafs die Grofsmutter und wahrscheinlich auch die Urgrofsmutter der Kinder väterlicherseits in ähnlicher Weise gelitten haben. Desgleichen hat sich die Affektion noch bei zwei Brüdern und einem Neffen des (sehr gesunden) Vaters gezeigt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Hämolysierende Hämoglobinurie mit akutem polycholischen Ikterus, von A. Chauffard und Cl. Vincent. (*Semaine méd.* 1909. Nr. 51.) Ein Fall, der nichts mit der paroxysmatischen Hämoglobinurie a frigore von Donath und Landsteiner zu tun hatte, sondern eher an die toxische Hämoglobinurie und den hämolytischen Ikterus erinnerte. Es konnte während des hämoglobinurischen Anfalls ein Hämolysin im Blute nachgewiesen werden, das auch noch nachher bestehen blieb und gegen die eigenen Blutkörperchen des Patienten wirksam war. Er zeigte die von Bordet, Gengou und Ehrlich beschriebenen Merkmale: Inaktivierung durch Erhitzen auf 56°, Reaktivierung durch Ansatz eines nicht hämolytischen Serums usw. Da dieses Hämolysin schon sehr früh nachgewiesen werden konnte, so glauben die Autoren, dafs es nicht sekundär durch Zerstörung der roten Blutkörperchen entstanden ist, sondern schon primär vorhanden war. *Gunsett-Strafsburg.*

Autotoxische Arthropathien in einem Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie, von Léon Tixier und Jean Troisier. (*Gaz. d. hôp.* 1909. Nr. 143.) Es handelte sich um einen typischen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie bei einem 17jährigen jungen Manne mit Ikterus und Arthropathien vergesellschaftet. Hervorzuheben ist eine Polyglobulie im Intervall der Krisen. Die Arthropathien (Knie, Hand) waren das hervorstechendste Symptom des Falles und täuschten einen Gelenkrheumatismus vor. Diese Arthropathien sind denjenigen an die Seite zu stellen, welche bei Injektion eines fremden Serums zugleich mit Exanthemen, Albuminurie usw. entstehen. Im vorliegenden Falle bildeten sie sich durch das Vorhandensein einer autotoxischen Substanz im Serum. Es wurde übrigens während der ersten Krise ein Autolysin nach Donath und Landsteiner festgestellt. *Gunsett-Strafsburg.*

Über die Hämolyse bei der paroxysmalen Hämoglobinurie, Hymans van den Bergh. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 35.) In kürzlich publizierten Untersuchungen fanden die Autoren, dafs im Blut von Patienten mit paroxymaler Hämo-

globinurie bei Abkühlung eine deutliche Hämolyse auftritt. Neue Versuche erweisen, dafs die abnorme hämolytische Eigenschaft dem Serum des Hämoglobinurikerblutes zukommt, dafs aber die Blutkörperchen in diesem Experiment sich völlig normal verhalten. Weitere Studien zeigen, dafs das Serum bei 0° eine für die Hämolyse notwendige Substanz an die Erythrocyten abgibt. CO_2-Hämolyse bedarf der Mitwirkung von zwei Substanzen. Die eine wird bei 0° von den Erythrocyten aus dem Serum absorbiert, gelangt aber blofs zur Wirkung, wenn auch die zweite im Serum übriggebliebene Substanz an dem Prozefs teilnimmt. Die Unterschiede der hier studierten CO_2-Hämolyse von der DONATH und LANDSTEINERschen Kälte-Wärme-Hämolyse wird erörtert. *Arthur Schucht-Danzig.*

Der Wert der Radiographie und Cystoskopie zum Nachweis von abgekapselten Tuberkelherden in der Niere, von E. H. FENWICK-London. (*Brit. med. Journ.* 3. Juli 1909. (Mit Abbildung.) Die hübsche klinische Demonstration zeigte als Ergebnis der Röntgenaufnahme, dafs die eine Niere hochgradig geschrumpft und in ein Konvolut von meistens kalkhaltigen Cysten umgewandelt, aber nicht mit der Umgebung verwachsen war, und die sonstige Untersuchung ergab mit Hilfe der Cystoskopie und unterstützt durch frühere Beobachtungen an der vor 18 Jahren schon behandelten Patientin, dafs der Ureter vollständig verödet war. Die Operation brachte die Bestätigung der Diagnose. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über physiologische Schwankungen des Zuckers im Harn, von E. MÜLLER. (*Pharm. Ztg.* 1910. Nr. 2.) Das nach der Überschrift zu erwartende Gebiet findet eigentlich nur insofern Berücksichtigung, als die bekannte Tatsache registriert wird, dafs der Zuckergehalt des Diabetikers grofsen Schwankungen unterliegt, häufig an demselben Tage, weshalb es unbedingt erforderlich ist, bei Harnuntersuchungen stets eine Durchschnittsprobe der Tagesmenge zu untersuchen. Von den quantitativen Bestimmungsmethoden wird die polarimetrische als die einzig rationelle bezeichnet. Die Angaben in den Untersuchungsprotokollen „Spuren von Zucker" gibt recht häufig zu Irrtümern Veranlassung, einmal als die betreffende Reaktion recht oft auf gröfsere Harnsäuremengen oder Kreatinin zurückzuführen, andererseits höchstens 0,1—0,15 % Zucker vorhanden ist, der auch im normalen Harn öfters vorkommt. Zur Sicherheit sollte dann wenigstens immer die Assimilationsgrenze festgestellt werden. Wenn nach Verabreichung von 100 g Traubenzucker eine positive Reaktion im Harn auftritt, so ist sie als pathologisch zu betrachten. *Strickrodt-Hamburg.*

Ein Protein im Harn ähnlich der BENCE-JONES-Albumose, mit Krankengeschichte und Obduktionsbericht, von J. E. DALE-Fort Collins, Colo. (*Med. Record.* 4. Dez. 1909.) Kasuistik zweier Fälle, von denen der eine zur Autopsie kam: in den Nieren fand sich eine parenchymatöse Entzündung und amyloide Degeneration in einigen Glomeruli (der Patient litt an Lungentuberkulose). Mitteilung der verschiedenen chemischen Proben, die mit dem Urin vorgenommen wurden, und in beiden Fällen ganz gleich ausfielen. *W. Lehmann-Stettin.*

Bedeutung und Behandlung der Oxalurie, von H. SALOMON. (*Med. Klinik.* 1909. Nr. 35.) Der Oxalurie sei in der Regel nur eine sehr geringe Bedeutung anzuerkennen. Eine Behandlung der „Oxalurie", die nur aus dem Sediment und ohne Berücksichtigung der Nahrung konstatiert wird, erscheint völlig überflüssig; wo man suggestiven Momenten Rechnung tragen mufs, so mag man Spinat, Kakao und Gelatinespeisen verbieten. Entschiedener mufs vorgegangen werden, wenn man das Vorhandensein eines Oxalsäuresteins in den Harnwegen festgestellt hat. Hier wird einerseits die Ausscheidung herabzusetzen sein, durch Beschränkung der oxalsäurehaltigen oder -bindenden Bestandteile der Kost, andererseits ist durch Verabreichung von Magnesiasalzen die Harnlöslichkeit der Oxalsäure zu vermehren. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Über den Nachweis der Lävulose im Harn nach L. Borchardt, von F. Rosenberger-München. (*Zentralbl. f. inn. Med.* 1910. Nr. 7.) R. untersuchte 95 Urine von 46 Personen, die teils gesund waren, teils an den verschiedensten anderen Krankheiten litten, als Diabetes mellitus. In keinem dieser Fälle erhielt er eine einwandfreie Borchardtsche Reaktion. Einen positiven Ausfall gab ein 23jähriger Neurastheniker nach Biergenuſs, der sonst gesund war, und ein Mann mit Leberkrankheit und Diabetes broncé, der also neben Dextrose eine geringe Menge Lävulose aufwies.

Gunsett-Straſsburg.

Zur Frage der Kreatinausscheidung im Harn, von Wolfgang Dreibholz. (Dissert. Greifswald 1908.) Die gesamten Resultate des Verfassers lassen sich wie folgt zusammenfassen: 1. Die Folinsche Methode der Kreatinbestimmung kann leicht fehlerhafte Resultate geben, da sie stark beeinfluſst wird von der Farbe des Harns, und weil das Optimum der Säurekonzentration nicht für alle Urine das gleiche ist. 2. Die Kreatinausscheidung im Harn ist noch ungeklärt. In den meisten Fällen scheint kein Kreatin vorhanden zu sein. Nur dann, wenn die Jafféssche Reaktion besonders stark ausfällt und die Unterschiede zwischen präformierten und Gesamtkreatinin groſs sind, wird man seine Anwesenheit annehmen dürfen. 3. Die Kreatininausscheidung ist bei progredienter Phthise, wenn auch Fieber besteht, vermindert, Kreatin findet sich nicht. 4. Die Entfernung des Zuckers aus diabetischen Harnen durch Hefegärung ist für die Bestimmung von Kreatinin nicht anwendbar, da dann erhebliche Verluste entstehen. Es scheint demnach die Hefe ein Kreatinin zerstörendes Ferment zu enthalten. 5. Die Kreatininmenge ist beim Diabetes mellitus nicht vermindert, unabhängig von dem Zuckergehalt des Urins, dagegen abhängig von dem mit der Nahrung im Fleische zugeführten Kreatin. 6. Die Kreatinausscheidung scheint beim Diabetes mellitus ständig vorhanden zu sein, steigt aber ganz beträchtlich bei Zufuhr von Kohlehydraten. Es genügen, um diese Steigerung hervorzurufen, schon verhältnismäſsig geringe Mengen. *Fritz Loeb-München.*

Indikanurie und ihre Bedeutung, von Judson Daland-Philadelphia. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 18.) Klinische Studie. *Schourp-Danzig.*

Eine praktische Prüfung auf Indikan, ($C_8H_7NSO_4$; Indoxylsulfosäure) im Urin, von F. C. Askenstedt-Louisville. (*New York med. Journ.* 9. Okt. 1909.) Diese Prüfung wird folgendermaſsen ausgeführt: auf 10 ccm Urin füge man im Reagenzglase 10 ccm einer 0,4%igen Eisenchloridlösung und mische innig durch Umkehren des Glases, dann setze man rasch 8 ccm Chloroform zu und extrahiere das in Bildung begriffene Indigo, indem man 400 mal (sic! Refer.) in horizontaler Richtung schüttelt. Dann lasse man das Chloroform zu Boden fallen, schütte die überstehende Flüssigkeitsmenge weg, fülle das Reagenzglas nahezu voll mit Wasser, schüttele mehrmals, um das Chloroform auszuwaschen, lasse dieses sich wieder präzipitieren und entferne den gröſsten Teil des Wassers. Dieser „Wäscheprozeſs“ wird zwei- bis dreimal wiederholt, indem man Sorge trägt, daſs kein Chloroform mit dem Wasser entfernt wird und nicht mehr als 2–3 ccm der letzten Wassermenge über dem Chloroform zurückbleibt. Nun füge man 13—15 ccm Alkohol zu und mische durch energisches Schütteln. Eine klare, blaue Flüssigkeit sollte übrig bleiben. Die Farbe dieser Flüssigkeit ist nun mit einer gleichen Menge einer Standard-Indigolösung in einem zweiten Reagenzglase zu vergleichen; je nach der Tropfzahl der zuzusetzenden Indigo-Stocklösung ist der Prozentsatz an Indikan 0,0004 (bei vier Tropfen), 0,0005 (bei fünf Tropfen) usw. bestimmt. Enthält der Urin 0,002% oder mehr Indikan, oder gibt er ein schwarzes Extrakt, so muſs eine gleiche Menge Wasser zugesetzt und nochmals die Probe gemacht werden. Diese Reaktion erfordert nur ein Viertel der Zeit, wie die gewöhnlichen quantitativen Proben von Jaffé und Obermeyer, viel weniger Material und

das Resultat ist ein ebenso genaues. Es ist richtig, daſs fast jeder Urin eine Spur Indikan enthält, aber ein ausgesprochenes Übermaſs an Indikan ist immer ein Beweis irgendeiner pathologischen Veränderung, einer abnormen Eiweiſszersetzung. Das Verhältnis zwischen Harnstoff und Indikan bietet einen besseren Vergleichspunkt als der Prozentgehalt von Indikan allein: bei gesunden Personen ist dieses 1 : 1500-2500 (Harnstoff), bei gestörter Verdauung kann es bis 1 : 100 herabgehen. Im allgemeinen beträgt die Menge des ausgeschiedenen Indikans ungefähr 8—10 mg, variiert aber auch bei scheinbarer Gesundheit von Tag zu Tag ohne erkennbare Ursache, so daſs eine einmalige Untersuchung nicht genügt, sondern nun ein ständig hoher Prozentsatz auf irgendeine Verdauungsstörung schliessen läſst. *Stern-München.*

Rezidivierende Hämatoporphyrinurie mit toxischen Erscheinungen, welche nicht durch Sulphonat bedingt waren, von W. L. Brown und H. O. Williams-London. (*Lancet.* 17. April 1909.) Die längere Zeit im Krankenhaus beobachtete 22jährige verheiratete Patientin zeigte nebst Attacken von Erbrechen, intensiven Abdominalschmerzen und Kollaps (auch Abort) eine ausgesprochen bordeauxrote Färbung des Urins, welcher im Spektrum die für Hämatoporphyrin charakteristischen Streifen (A 605 und A 565) nach Behandlung mit Salzsäure aufwies. Im übrigen ergab die Urinanalyse einen negativen Befund. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der primären Pyelitis, von Saathoff - München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 44.) Als Ursache der primären Pyelitis ist in den meisten Fällen eine Infektion mit Bacillus coli communis anzusehen. Ferner kommen in Betracht der Proteus, der Milchsäurebacillus, Staphylokokken, Paratyphusbazillen und der Friedländersche Bacillus. Verfasser berichtet über zwei Fälle, bei denen er ausschlieſslich einen sehr kleinen, Gram - negativen, schwer zu züchtenden Bacillus konstatierte. Es gelang ihm nur einmal bei Übertragung der frisch entnommenen warmen Urins auf erwärmte Blutagarplatten, Kolonien auswachsen zu sehen. Beide Fälle betrafen Frauen und zeichneten sich durch ihren protahierten Verlauf aus. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die drei Isthmusse der Ureteren, von B. Robinson-Chicago. (*Med. Record.* 10. April 1909.) R. hat 800 Ureteren bei Mensch und Tier mit besonderer Rücksicht auf ihre Form untersucht, dabei etwa 200 mal Injektionen vorgenommen und sehr häufig mit Röntgenstrahlen untersucht, und dadurch gefunden, daſs am menschlichen Ureter regelmäſsig drei enge Stellen sich finden, denen drei Erweiterungen entsprechen. Der erste und engste Isthmus findet sich am unteren Ende des Nierenbeckens, der zweite am Kreuzungspunkt der Vasa iliaca communis und der dritte an der Eintrittsstelle des Ureters in die Blasenwand. An diesen Punkten findet sich ein Mangel an Muskelfasern, während Bindegewebe im Überschuſs vorhanden ist; daher erweitern sich diese Stellen weniger als andere; sie stellen Sphinkteren dar, an denen der eingeführte Harnleiterkatheter sehr häufig einen Widerstand findet. Zugleich sind hier in erster Linie pathologische Prozesse lokalisiert, als da sind: Flexionen, Torsionen, Steineinklemmungen, Strikturen, Tuberkulose, maligne Tumoren usw. *W. Lehmann-Stettin.*

Benutzung der Appendix zur Einnähung in den Ureter, von Harvey P. Jack-Canisteo. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 9.) Der Verfasser empfiehlt, bei Verletzungen oder bei Erkrankungen des rechten Ureters den gesunden Wurmfortsatz zur Deckung des Ureterdefektes zu benutzen. *Schourp-Danzig.*

In der Association française d'urologie (Sitzung vom 7. Oktober 1909. Nach *Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 43) sprach Jeanbrau über **Uretersteine.** 70% der Uretersteine sind im unteren, 22% im oberen und 7% im mittleren Teil des Harnleiters festgeklemmt, in 90% der Fälle sind die Steine solitär, in 96% einseitig. Die

Symptome sind bei Steinen, die im intravesikalen Abschnitt des Ureters liegen, die gleichen wie bei Blasensteinen, die dicht oberhalb der Blase befindlichen Konkremente rufen Nierenkoliken und Erscheinungen in den Samenblasen, den Hoden und im Rektum hervor, die höher gelegenen Uretersteine erzeugen reine Nierenkoliken. Für die Diagnose sehr wichtig ist die Röntgenphotographie, doch muſs stets der ganze Harnapparat photographiert werden, gleichviel auf welcher Seite der Schmerz sitzt. Eine Röntgenaufnahme sollte in jedem Falle von Pyurie gemacht werden, wenn Tuberkulose ausgeschlossen ist. Wegen ihrer schlimmen Wirkung auf Niere und Ureter müssen die Steine möglichst rasch, sei es auf natürlichem Wege mit Hilfe intraureteraler Manipulationen sei es operativ, entfernt werden. Bei Anurie infolge eines Uretersteins ist der Ureterenkatheterismus zu versuchen, und zwar stets auf der Seite, auf der die Harnausscheidung zuletzt aufgehört hat.

In der Diskussion wies Legueu darauf hin, daſs bei Anurie infolge eines Uretersteines stets die Niere eröffnet werden muſs. Verwechslung von Uretersteinen mit Appendicitis sind nicht selten. Auch Pousson hebt hervor, daſs Darmaffektionen, Appendicitis, Peritonitis, ileolumbale Neuralgien, Kolitis, Uterus- und Adnexerkrankungen ganz ähnliche Erscheinungen hervorrufen können wie Uretersteine; daher ist bei Verdacht auf solche die Röntgenuntersuchung von gröſster Bedeutung.

Nach Desnos ist der Ureterenkatheterismus nutzlos und sogar schädlich, wenn die Röntgenphotographie einen sehr groſsen Stein erkennen läſst, der nach der Anamnese schon lange eingeklemmt ist. In den übrigen Fällen kann man recht vorsichtig einen Ureterenkatheter einführen und einige Zeit liegen lassen; es gehen dann manchmal noch recht groſse Steine spontan ab. *Götz-München.*

Persönliche Beobachtungen an Uretersteinen, von A. V. Moschkowitz-New York. (*Med. Record.* 1. Mai 1909.) M. glaubt nach seinen Erfahrungen, daſs auſser den drei gewöhnlich beschriebenen engeren Stellen des Ureters noch eine vierte, etwa in der Mitte zwischen dem Kreuzungspunkt mit den Vasa iliaca und dem Eintritt des Ureters in die Blase vorhanden ist. Die Verengerung an dieser Stelle liegt nicht am Lumen, sondern am Zuge eines festen Ligaments, das von der lateralen Beckenwand nach der Medianlinie geht. Hier sollen Ureterensteine besonders häufig eingeklemmt sein. Eine genaue Röntgenuntersuchung hält M. für eine absolute Notwendigkeit, da keine andere Methode mit gleicher Sicherheit das Vorhandensein, Zahl, und genaue Lage der Steine sowie eventuell Komplikation mit gleichzeitigen Nierensteinen zu bestimmen imstande ist. Nach Stellung der Diagnose mag man eine kurze Zeit abwarten, ob die natürlichen Kräfte zur Ausstoſsung des Steines hinreichen, soll dann aber zur Operation schreiten, ehe es zur Infektion von Nierenbecken oder Niere kommt. *W. Lehmann-Stettin.*

Stein im unteren Teile des Ureters bei der Frau, nebst speziellen Eingehen auf die Operationsmethode, von A. E. Isaacs-New York. (*Med. Record.* 19. Juni 1909.) Vier kasuistisch mitgeteilte Fälle; Wert des Röntgenverfahrens, der Cystoskopie und des Ureterenkatherismus. Individuelles Vorgehen beim operativen Eingriff.

W. Lehmann-Stettin.

Steine, die das untere Ende des Ureters verlegen, von J. J. Buchanan-Pittsburg. (*Med. Record.* 20. März 1909.) Mitteilung dreier Fälle. Die Diagnosestellung mit Hilfe der Röntgenstrahlen ist bei richtiger Verwendung zuverlässig. Die Differentialdiagnose zwischen Steinen im rechten Ureter und einem akuten Appendicitisanfall kann unter Umständen unmöglich sein. Sollte eine sofortige Operation sich als nötig erweisen (falls Appendicitis vorliegt), so ist die sofortige Entfernung des Appendix angezeigt, da eine eventuell drohende Gefahr damit beseitigt wird, und der Eingriff als solcher harmlos ist. *W. Lehmann-Stettin.*

Röntgendiagnose von Steinen, von R. H. Boggs-Pittsburg. (*Med. Record.* 20. März 1909.) Differentialdiagnostisch wichtige Punkte, die bei der Auslegung und Verwertung der Röntgenplatten zu beachten sind. Nichts Neues. Bei geeigneter Verwendung ist die Röntgendiagnose sowohl im positiven wie negativen Sinne ziemlich akkurat. *W. Lehmann-Stettin.*

f. *Labien, Vagina usw.*

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus, von Karl Meisner-Wien. (*Dtsch. Zeitschr. f. Chirurg.* Bd. 102, Heft 1—3.) Ein achtmonatiges Kind mit dem Aussehen eines wohlgenährten, regelmäfsig gebauten Knaben starb an Bronchitis. Die Sektion ergab, dafs das Kind vollkommen normale, weibliche innere Geschlechtsorgane besafs, während die vom Sinus urogenitalis und dessen Umgebung herrührenden äufseren Teile nach männlichem Typus gebildet waren. *Schourp-Danzig.*

Bericht über einen Fall von Elephantiasis vulvae, von J. S. Manson-Warrington. (*Lancet.* 20. Febr. 1909.) Bei einer 42jährigen verheirateten Frau hatten sich im Laufe von vier Jahren von den Labia majora ausgehend drei elephantiastische Geschwülste entwickelt, welche schliefslich durch ihre Gröfse das Hinsetzen erschwerten. Die operative Behandlung war durchaus erfolgreich. Histologisch handelte es sich hauptsächlich um fibröses Gewebe mit vergröfserten Lymphräumen und Ansammlungen von kleineren Rundzellen um die Blutgefäfse. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen interessanten Fall von Harnretention, von Franz Weisz-Budapest. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 26.) Bei einer 39jährigen Frau trat Harnretention wahrscheinlich als Symptom von Hysterie auf und wurde nach einem kleinen Eingriff (Entfernung von Condylomata acuminata an den Schamlippen) beseitigt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Über die Bedeutung des Milchsäuregehaltes im weiblichen Vaginalsekret und über die Rolle der Milchsäurepräparate in der Gynäkologie, von N. Cukor-Franzensbad-Wien. (*Budapesti Orvosi Ujság.* 1910. Nr. 2.) Döderlein fand, dafs die normale Scheide Milchsäure enthält, die von den Vaginalbazillen produziert wird. Im normalen Vaginalsekret, das stark sauer ist, gehen die Keime bald zugrunde; im pathologischen Sekret, das schwach sauer indifferent oder alkalisch ist, haben die Keime einen günstigeren Boden zur Entwicklung. Zweifel sammelte das Vaginalsekret gravider Frauen und stellte auf chemischem Wege Milchsäurekristalle her. Alle diese Versuche sprechen für die Anwesenheit der Gärungsmilchsäure. Die freie Milchsäure war im Durchschnitt 0,005 g. Bei den blennorrhoischen, so auch bei den gebadeten Graviden wurde pro Person 0,0024 freie Milchsäure gefunden. Zweifels Untersuchungen bekräftigten die Richtigkeit der Behauptung Döderleins, nach der die Vaginalbazillen imstande sind, Milchsäure zu bilden. Das ist das Produkt eines Gärungsprozesses. Wenn das Sekret der Vagina alkalisch ist, wird der Milchsäuregehalt neutralisiert und es entwickeln sich die pathogenen Keime. Wenn das Vaginalsekret seine sauere chemische Wirkung behält, so gehen die Bakterien zugrunde, die auf alkalischem Boden gedeihen. Gute antiseptische Mittel sind: 1. Die das Epithel der Vagina nicht verletzen, wie sämtliche desinfizierenden, adstringierenden und ätzenden Mittel, als Karbol, Lysol, Jod usw.; 2. die das Eiweifs des Epithels der Vaginalwand, so auch des Vaginalschleimes nicht niederschlagen, wie die Silberlösungen, Quecksilbersalze usw.; 3. die den Inhalt der Vaginalsäure nicht herabsetzen (wie alkalische Lösungen); Leitungswasser, Seifen usw. gestalten die Vagina zu einem ungünstigen Boden für Bakterien um. Eine 0,3—0,5 %ige Lösung von Milchsäure entspricht diesem Zwecke und verursacht kein unangenehmes brennendes Gefühl. *Porosz-Budapest.*

Über das häufige Auftreten der Harnröhrenstrikturen beim Weibe, von W. Meisels-Budapest. (*Gyógyászat.* 1910. Nr. 3—5.) Verfasser zählt unter den ätiologischen Momenten auf: Blennorrhoe, Lues, Trauma (Partus, Operationen), harnsaure Diathese, in dem Urin abgesonderte Kristalle, die die Schleimhaut der Harnröhre verletzen, Deviationen, Tumoren, Prolapsus uteri et vaginae. In Verfassers Fällen sieht man die Symptome nach Blennorrhoe vom 2. bis zum 27. Jahre auftreten. Was das narbige Gebilde betrifft, nimmt es bei Frauen denselben Zeitraum in Anspruch, wie bei Männern. Nach Blennorrhoe auftretende Vernarbungen treten zumeist im 24.—27. Jahre auf. Oft kommen sie spät zur Beobachtung, da sich die Patientinnen infolge der vielseitigen Beschwerden über die Geschlechtsorgane wie die Männer über die Stärke, die Drehungen und die Teilungen des Harnstrahles nicht im Klaren sind. Erkältung, heftiger Coitus usw. kann die schon früher bestandene geringe Störung, wie häufiges Urinieren, Schmerz, Blutung usw., die seltene Retention noch intensiver gestalten. Der Urin entleert sich nur tropfenweise, die Blase ermüdet ganz und die Inkontinenz oder Retention ist da. Die Strikturen waren in vier Fällen filiform, Hegar II in zehn Fällen, vier bis fünf in 28 Fällen, sechs bis sieben in elf Fällen, acht bis zehn in fünf Fällen. Verfasser sah Strikturen, durch Lues hervorgerufen, in zwei Fällen. Nach Ansicht des Verfassers geht jeder Geburtsakt mit Verletzungen in der Harnröhre einher. In 16 Fällen wuſste man bei Strikturen (Hegar 5—7) nicht, daſs der Sitz des Leidens in der Harnröhre sich befand. Es wäre sehr heilsam, wenn man den Strikturen beim Weibe mehr Aufmerksamkeit schenken würde. Durch harnsaure Diathese hervorgerufene Strikturen (14 Fälle) kommen durch Läsionen zustande, die die harnsauren Kristalle bzw. die renalen Konkremente auf der Schleimhaut der Urethra verursachen. Sie zeigen sich im Alter von 40 Jahren. Die älteste Patientin war 60 Jahre alt. Was ihre Dimension betrifft, finden sich filiforme bis zum weiten Kaliber. Sie rufen Nervosität hervor. Verfasser zählt viele Fälle aus seiner 14jährigen Beobachtungszeit auf (Kasuistik). *Porosz-Budapest.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Blennorrhoe und Sachverständigentätigkeit, von Reinhold Ledermann-Berlin. (*Ärztl. Sachverständigen-Zeitung.* 1910. Nr. 1.) Die Arbeit erörtert alle für den Arzt in Betracht kommenden Fragen aufs eingehendste. Zur Diagnose der Blennorrhoe in forensischen Fällen ist stets einwandfreier Gonokokkennachweis im Sekretausstrich erforderlich. Die Kulturmethode leistet nicht mehr als die mikroskopische Diagnose. Die straf- und zivilrechtlichen Ursachen für die Sachverständigentätigkeit des Arztes bei Blennorrhoe werden unter Angabe der Literatur eingehend besprochen. Die Arbeit zeugt von einem sehr gründlichen Studium des vorliegenden juristischen Materials. *Arthur Schucht-Danzig.*

Entstehung und Heilung der akuten Blennorrhoe (des akuten Stadiums), von B. Weinberg-Riga. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 45.) Das Eindringen der Gonokokken in die Kontinuität ruft eine Entzündung hervor. Die Entzündung eliminiert mittels ihrer Bestandteile (Leukocyten und Serum) die Gonokokken aus der Kontinuität. Im akuten Stadium übt auch das Serum einen schädigenden Einfluſs auf die Gonokokken aus. Dieselben wuchern durch das trockene Cylinderepithel ungehindert durch, während sie im saftreichen Bindegewebe bereits in den obersten Schichten stecken bleiben. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die mikroskopisch-bakteriologische Diagnose der blennorrhoischen Infektion, von K. Kutscher-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 46.) Eine eingehende Abhandlung über dieses Gebiet, ohne neue Gesichtspunkte.

Arthur Schucht-Danzig.

Der Wert der mikroskopischen Untersuchung des Sekrets der Prostata und der Samenbläschen für die Diagnose und Prognose der blennorrhoischen Infektion, von A. L. Wolbarst-New York. (*Med. Record.* 21. August 1909.) Auch wenn die Blennorrhoe nach allen sonstigen klinischen Symptomen als geheilt anzusehen ist, so finden sich doch noch häufig genug Gonokokken in der Prostata und ihren Adnexen, die daselbst jahrelang persistieren können, ohne Symptome zu machen, manchmal ohne auch nur infektiös zu sein. Man sollte darum, ehe man eine Blennorrhoe für geheilt erklärt oder gar einen Ehekonsens ausstellt, unbedingt eine Anzahl von mikroskopischen Untersuchungen des durch Massage gewonnenen Sekretes vornehmen, in einzelnen Fällen sogar Kulturen anlegen, da dieselben durchschnittlich eine gröfsere Sicherheit gewährleisten. *W. Lehmann-Stettin.*

Das lange Verweilen des Gonococcus in der Prostata, von G. A. de Santos Sihe-New York. (*New York med. Journ.* 2. Okt. 1909.) Die Ansicht, dafs die Prostata häufig der Sitz einer hartnäckigen blennorrhoischen Infektion ist, wird wohl allgemein von den Urologen geteilt. Wenn aber weiter geforscht wird, wie oft und wie langwährend diese Infektion ist, wie dieselbe diagnostiziert wird und wie weit und mit welchen Mitteln sie heilbar ist, so treffen wir eine Summe verschiedener Ansichten. Verfasser untersuchte speziell von diesen Gesichtspunkten aus 180 Fälle von Blennorrhoe und kam zu folgenden Schlüssen: 1. Vor jeder Prostatamassage ist ausgiebige Irrigation der Harnröhre angezeigt, um Vermischung des Prostatasekrets mit Eiter und Bakterien aus der Harnröhre zu verhüten. 2. Injektionen von 15 Tropfen einer 1%igen Arg. nitr.-Lösung, 24—48 Stunden vor der Prostatamassage ausgeführt, ergibt zuweilen Gonokokken, wenn andere Mittel versagt haben. 3. Eine Doppelfärbung mit Eosin und Methylenblau in reinem Methylenalkohol (nach Art der bekannten Blutfärbung) ist vorzüglich beim morphologischen Studium des Prostatasekrets. 4. Kulturen sind, wenn auch erwünscht, oft erfolglos und, wenn negativ, zu keinerlei Schlüssen berechtigend. 5. Von 150 Fällen chronischer blennorrhoischer Infektion, die sechs Monate bis 18 Jahre gedauert haben, zeigten 60% Prostatitis; je älter die Infektion, um so häufiger die letztere. 6. Von 108 genau untersuchten Prostatitisfällen zeigten 31 = 28,7% Gonokokken im Prostatasekret. 7. Mischinfektion kam in 86 der studierten Fälle, der Gonococcus allein nur in 5 von 108 Fällen vor und alle fünf waren solche von weniger als einjähriger Dauer. Je älter der Fall, um so mehr die Mischinfektion vorherrschend. (Staphylokokken in 70%, Gram-positive Diplokokken in 10% und Streptokokken in 7,6% der Fälle von Mischinfektion). 8. Die absolute Notwendigkeit mikroskopischer Untersuchung des Prostatasekrets ergibt sich aus der Tatsache, dafs palpatorische Zeichen in 38 Fällen (35%) fehlten, während 13 Fälle (12%) völlig klaren Urin zeigten, obwohl die Ausstrichpräparate Infektion der Prostata nachwiesen. 9. Blennorrhoische Prostatitis ist durch geeignete Behandlung in der grofsen Mehrzahl der Fälle heilbar. 10. Der Ehekonsens sollte nicht erteilt werden, bevor alle Untersuchungsmethoden erschöpft sind und die Möglichkeit einer späteren Infektion (nach der Heirat) nach dem gegenwärtigen Stand unseres Wissens ausgeschlossen ist. *Stern-München.*

Übertragungsversuche von gonokokkenfreier Blennorrhoea neonatorum auf Affen, von K. Lindner. Vorläufige Mitteilung. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 45.) Im Gegensatz zu Heymanns Demonstrationen sind die Prowazekschen Epitheleinschlüsse (Trachomeinschlüsse) von Prowazek und Lindner nur in gonokokkenfreien Fällen von Blennorrhoea neonatorum gefunden worden. Jetzt ist es L. gelungen, von solchen Fällen positive Überimpfungen auf Affen vorzunehmen und auch bei diesen die Einschlüsse nachzuweisen. Er schliefst daraus auf ein übertragbares Virus und

glaubt, dafs es sich bei diesen Fällen um das bisher klinisch nicht bekannte Trachom der Bindehaut der Neugeborenen handelt. *W. Lehmann-Stettin.*

Kongenitale Abnormitäten des Penis und deren Einfluſs auf die Akquisition und den Verlauf der Blennorrhoe, von E. W. Ruggles-Rochester, N. Y. (*Med. Record.* 9. Jan. 1909.) Abnorm verengerte Harnröhrenöffnung, die sich besonders bei Juden finden soll, erschwert oft das therapeutische Vorgehen und kompliziert den Verlauf einer Blennorrhoe; ebenso die Infektion blinder Ausstülpungen und mehr oder weniger langer Nebenharnröhren, wie sie sich häufig bei geringen Graden von Hypospadie finden. Häufiger als es im allgemeinen geschieht, sollte man auch auf die gar nicht seltenen paraurethralen Gänge achten, von denen Verfasser aus einer gröfseren Reihe von eigenen Beobachtungen sechs Fälle beschreibt.

W. Lehmann-Stettin.

Verschiedenes.

Desinfektion. Monatsschrift, herausgegeben von Flügge-Berlin usw. Schriftleiter: Lentz und Lockemann-Berlin. (3. Jahrgang 1910, Heft 1.) Das 1. Heft des neuen Jahrgangs dieser Zeitschrift enthält:

Antiformin und andere Mittel zur Desinfektion von Stühlen, von Fromme. Antiformin ist zur Stuhldesinfektion nicht geeignet. Bei gründlicher Verrührung der Abgänge wirken Natronlauge, Schwefelsäure und Kresolseifenlösung am besten.

Untersuchungen über „Formobas", ein neues Desinfektionsmittel, von Kutscher-Berlin. Das Mittel ist eine Lösung von Formaldehyd und Borax in Wasser und zur Desinfektion der Haut und chirurgischen Instrumente infolge seiner geringen und langsamen bakteriziden Wirkung nicht geeignet. *Gunsett-Strafsburg.*

Die Hautdesinfektion mit Jod in der Kinderchirurgie, von A. Marique. (*Journ. méd. de Bruxelles.* 1910. Nr. 15.) Die Haut wird zuerst mit in Äther getauchten Wattetupfern gereinigt, dann wird 5%ige Jodtinktur aufgetragen. Bei über 100 Operationen, worunter 32 Herniotomien, erzielte der Autor Heilung per primam.

Gunsett-Strafsburg.

Untersuchungen über die Bedeutung der Röntgenstrahlenqualität für die direkte Dosimetrie, von H. E. Schmidt-Berlin. (*Fortschr. f. Röntgen.* Bd. XV, Nr. 1.) Sch. hat experimentelle Nachprüfungen der auf dem letzten Röntgenkongrefs (1908) aufgestellten Behauptung angestellt, dafs das Radiometer von Sabouraud und Noiré nur für eine bestimmte Strahlenqualität Geltung habe. Es erscheint für die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen von Wichtigkeit, dafs Sch. eine Bestätigung dieser auf Grund klinischer Erfahrung gemachten Äufserung beibringt. „Man wird mit dem Radiometer von Sabouraud und Noiré richtig dosieren bei einer Strahlung von mittlerer Penetrationskraft, unterdosieren bei einer Strahlung von grofser Penetrationskraft, überdosieren bei einer Strahlung von geringer Penetrationskraft."

W. Lehmann-Stettin.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 50. No. 12. 15. Juni 1910.

Vittorio Mibelli †.

V. Mibelli wurde in Portoferraio 1860 als Sohn eines Ingenieurs geboren, machte seine Gymnasialstudien in Siena und setzte auch dort seine medizinischen Studien bis zu seinem Doktorat im Jahre 1881 fort. Zur weiteren Ausbildung war er in Florenz bis 1883; dann kam er nach Siena zurück und wurde zunächst Prosektor des anatomischen Institutes, später (1885—1889) zum Assistenten der dermatologischen Klinik ernannt. C. Pellizzari und P. Tommasoli waren seine Lehrer. Im Jahre 1888 wurde Mibelli Privatdozent. 1889 ging er, vom italienischen Unterrichtsministerium gesandt, nach Hamburg, wo er die Klinik von Prof. Unna besuchte. Seitdem stand der Verstorbene mit Unna immer in sehr freundschaftlichen Beziehungen.

Mibelli stieg rasch zur Höhe. So sehen wir ihn 1890 nach Cagliari (Sardinien) als extr. Professor der Dermatologie und Direktor der dortigen neu gegründeten Klinik berufen. Zwei Jahre später kam Mibelli nach Parma an die Stelle des nach Bologna übergesiedelten Prof. Majocchi. In Parma blieb Mibelli zunächst als Extraordinarius (1892—1900), dann als Ordinarius der Dermatologie bis zu seinem Tode (1900—1910).

Mit Mibelli ist entschieden einer der bedeutendsten Dermatologen Italiens dahingeschieden. Er begann sehr früh die Aufmerksamkeit der medizinischen Welt auf sich zu lenken: es stammen u. a. schon aus seiner Assistentenzeit die bemerkenswerten Beiträge: Zur Kenntnis der Exfoliatio areata linguae, seine klinischen und experimentellen Untersuchungen über die Alopecia areata, so auch der erste in Italien publizierte Fall von Urticaria pigmentosa und vieles andere. Dafs sich Unna seinerzeit nicht geirrt hat, indem er dem blutjungen Mibelli in seinem Zeugnis (das ich in diesen Tagen

zufälligerweise zu sehen bekam) schrieb, daſs „Dr. MIBELLI in späteren Jahren der italienischen Dermatologie Ehre machen wird", hat sich glänzend bestätigt.

Aus der Klinik von Cagliari, deren Leitung der kaum 30jährige MIBELLI übernahm, stammen seine bekannten, mit peinlicher Sorgfalt ausgeführten Untersuchungen über Favus. Aus dem groſsen Material, das ihm zur Verfügung stand, konnte M. nur einen Pilz züchten. Es wird das groſse Anpassungsvermögen des Pilzes und die Variabilität des morphologischen Aussehens in den künstlichen Nährböden betont. Auch die verschiedenen klinischen Veränderungen, der herpetische und der skutuläre Favus hängen wahrscheinlich von diesen Unterschieden in der Herkunft und Entwicklung der Favuskulturen ab. — Der Mykologie hat sich MIBELLI auch später in Parma mit Erfolg gewidmet. Es seien namentlich seine Studien „Über die Pluralität der Trichophytonpilze" hervorgehoben, in welchen MIBELLI, das Studium der italienischen Trichophytonflora nach den neuesten Kulturmethoden SABOURAUDS beginnend, die kulturelle Pluralität des Trichophyton bestätigt; diese Arbeit gab zu einer Reihe weiterer Untersuchungen auf demselben Gebiete Anlaſs. — Von MIBELLI rührt auch der erste in Italien beobachtete Fall von Mikrosporie (Mikrosporum canis von BODIN und ALMY) her, der darum wichtig erscheint, weil er beim Menschen ein Mikrosporon zeigt, das bisher nur beim Tiere konstatiert wurde. Des weiteren erwähne ich die MIBELLIschen klinischen und mykologischen Untersuchungen über die Trichophytia blepharo-ciliaris und vieles andere.

MIBELLI war ein glänzender Histologe. Er hatte eine seltene technische Fertigkeit und deutete die mikroskopischen Präparate mit scharfem und sicherem Blick. Nichts konnte MIBELLI mehr Freude machen, als neue Präparate anzusehen, und nichts konnte dem Vorzeiger dann mehr von Nutzen sein, als die scharfsinnige Beurteilung MIBELLIS. Es sei erinnert an die neue Methode MIBELLIS für die Färbung der elastischen Fasern durch Safranin, an seine neue Färbungsmethode der Rhinosklerombazillen. Aus dem UNNAschen Laboratorium stammen die Beiträge zur Histologie des Rhinoskleroms und weiter: Die Histologie der Hydroa vacciniforme von BAZIN, 1897. (Der erste in Italien beobachtete Fall dieser Affektion, der zweite Fall, wo überhaupt eine histologische Untersuchung durchgeführt wurde.)

Auch auf die Therapie hat sich die literarische Tätigkeit MIBELLIS erstreckt. Von Hamburg zurückgekommen, bemühte er sich, die neuen Behandlungsmethoden seines Lehrers UNNA in Italien zu verbreiten. Auch erinnere ich an seine Beobachtungen „Über die Behandlung des Hautepithelioms mit der Arsenmischung von CZERNY und TRUNEČEK". Diese Beobachtungen setzte MIBELLI bis zuletzt fort, indem er über Jahre

hinaus das weitere Schicksal der auf diese Weise behandelten Kranken verfolgte. Und weiter: „Über die Behandlung der Urethritis blennorrhoica mittels Ausspülungen mit Kalium permanganicum. Demonstration einer doppelläufigen Kanüle zu Urethralirrigationen" — „Über den Vorzug der wässerigen Vehikel vor Vaselinöl in den Kalomelinjektionen". Eine der letzten Ideen MIBELLIS galt der Verbesserung der Teerbäder. Seine „Neue Formel zur Bereitung von Bädern usw. mit Oleum cadinum und Anthrasol" wird jetzt allgemein angewandt.

Unter den sehr zahlreichen Veröffentlichungen MIBELLIS erwähne ich noch: „Über die fixen Antipyrinexantheme", in welcher Arbeit MIBELLI den entzündlichen Charakter der Antipyrinausschläge und das Vorhandensein des (chemisch nachgewiesenen) Antipyrins in den Blasen betont und schwerwiegende Einwände gegen die dominierende Angioneurosenlehre erhebt. — Dann: Eine klinische Vorlesung über die verschiedenen Prurigoformen, die Beobachtungen über die Arsenkeratosen, über einige Fälle von Neurodermitis chronica linearis, über die Maculae atrophicae bei einem Syphilitiker und anderes mehr.

Diese und andere Arbeiten beweisen genügend die scharfe Beobachtungsgabe und den klinischen Sinn MIBELLIS; es sind Arbeiten, die heute, nach Jahrzehnten, ihre volle Frische bewahrt haben, und es ist sicher auch heute keine verlorene Zeit, sie nachzulesen.

Zuletzt erinnere ich daran, was allen Dermatologen des ganzen Erdballes wohl bekannt ist, nämlich daſs der Name MIBELLIS unauslöschlich mit zwei Hautaffektionen verbunden ist: dem Angiokeratom und der Porokeratose. Ersteres, wenn auch nicht von MIBELLI entdeckt (man findet schon Andeutungen in den Arbeiten von BAZIN, BREDA, DUBREUILH, FOX u. a.), ist überhaupt erst durch die klassischen Arbeiten MIBELLIS (1889—1891) bekannt geworden, der das klinische Bild und die anatomische Grundlage genau beschrieb und, auf Klinik und Anatomie bezugnehmend, den heute gebräuchlichen Namen vorschlug.

Der erste Aufsatz MIBELLIS über die Dermatose, die er mit dem allgemein erfolgreich angenommenen Namen Porokeratose belegte, datiert von 1893 und wurde in *dieser Zeitschrift* unter dem Titel: „Beitrag zum Studium der Hyperkeratosen der Knäueldrüsengänge (Porokeratosis)" veröffentlicht. Diesem folgten weitere ausführlichere Beiträge. Die Beobachtungen MIBELLIS wurden alsbald von REISSNER, JOSEPH, GILCHRIST, BASCH u. a. bestätigt. Jedermann ist die lebhafte, zuweilen heftige Polemik betreffs der Priorität und der Deutung der Dermatose, welcher der Verstorbene sich ausgesetzt hat, bekannt.

MIBELLI war ein ausgezeichneter Lehrer und übte eine wirksame Anziehungskraft auf die Studierenden der Medizin aus. Nebst den klinischen

Schilderungen trug Mibelli immer Sorge, seinen Schülern eine sichere Grundlage der pathologischen Anatomie der Haut zu geben. Als ein besonderes Verdienst muſs ich das ständige Bestreben Mibellis rühmend hervorheben, seinen Schülern und Assistenten die klinischen Erscheinungen durch die anatomischen Befunde zu erklären.

Diese Eigenschaften, mit einem glänzenden Stil verbunden, machen es wohl verständlich, daſs der 1904 von Mibelli bearbeitete Abschnitt der Dermatologie im Trattato di patologia speciale medica di De Giovanni (Vallardi, Milano) sich des gröſsten Erfolges in den italienischen medizinischen Kreisen erfreute.

Den Aufforderungen der Kollegen und des Verlegers folgend, hatte Mibelli übernommen, ein eigenes Handbuch der Hautkrankheiten zu verfassen, und diesem Werke hatte sich der Unermüdliche mit Körper und Seele gewidmet, in letzter Zeit geradezu in enthusiastischer Weise. Er kannte keine Rücksicht gegen sich; den wohlwollenden Mahnungen befreundeter Kollegen, sich zu schonen, hat er kein Gehör geschenkt. Er wollte arbeiten und immer wieder arbeiten: seine geistige Arbeit überstieg seine körperliche Kraft. Die übermäſsigen Anstrengungen haben sicher dazu beigetragen, daſs die Krankheit bei seiner ohnehin schon schwächlichen Konstitution einen so traurigen Ausgang nahm! Nach meiner Rückkehr von einer Studienreise ins Ausland kurz vor dem Ausbruch der Krankheit entging es mir nicht, wie Mibelli körperlich in kurzer Frist heruntergekommen war!

Obwohl Mibelli durch und durch Dermatologe war, brachte er auch den anderen Zweigen der Medizin ein reges Interesse entgegen. Über die in- und ausländische medizinische Literatur tadellos unterrichtet, wurde es Mibelli zu einer lieben Gewohnheit, mit seinen Schülern jeden Morgen über die neuesten Veröffentlichungen zu sprechen, und wenn in der letzten Zeit die Beschäftigungen Mibellis sich allzusehr anhäuften, dann war es Obliegenheit der Schüler, ihn darüber zu unterhalten.

Für die deutsche Wissenschaft speziell hatte Mibelli eine unverhohlene Bewunderung: in *dieser Zeitschrift*, deren treuer Mitarbeiter er war, sind viele seiner Veröffentlichungen erschienen; auch die Arbeiten seiner Schüler lieſs er gerne in deutschen Fachblättern veröffentlichen. Mit besonderer Vorliebe sandte er seine Schüler für Studienzwecke nach Deutschland. Mit vielen deutschen Dermatologen stand Mibelli in freundschaftlichem Verkehr.

Nicht unterlassen will ich zu erwähnen, daſs der Verstorbene ein durchaus vielseitig gebildeter Mann war und ein ausgezeichnetes Verständnis für die schönen Künste besaſs. Wer das Glück hatte mit dem hochbegabten Mann in freier Zeit sich zu unterhalten, der war ohne Ausnahme entzückt. Und dazu ein edler, nobler Charakter, der nur stets das Rechte wollte.

Das war der Mann, den ein jäher Tod in der Vollkraft seines Geistes und in ungebrochener Schaffenslust uns entrissen hat. Und wir, schmerzbewegt und erschüttert, betrauern in ihm nicht nur den ausgezeichneten und liebenswürdigen Lehrer, sondern auch einen guten Freund und Berater. Wir, denen die Ehre zu teil geworden ist der Schule MIBELLIS anzugehören, wissen, wie oft MIBELLI uns in jeder Beziehung mit Rat und Tat beigestanden hat. Durch sein jederzeit aufopferndes und liebes Wesen gewann er nicht nur im vollsten Maſse die Verehrung und Liebe seiner älteren und jüngeren Schüler, sondern auch alle seine Patienten, reich und arm, liebten ihn mit Verehrung und Dankbarkeit. Mancher seiner Kranken hat weinend seinen Tod beklagt.

In dieser Klinik von Parma, wo MIBELLI lange Jahre hindurch so erfolgreich gewirkt hat und wo noch alles von ihm spricht und an ihn erinnert, können wir uns kaum an den schmerzlichen Gedanken gewöhnen, daſs er aus unserer Mitte für immer geschieden ist. Nicht nur seine Lehren, sondern auch sein Bild werden uns unvergessen bleiben!

Dr. G. B. DALLA FAVERA.

Generalisierte Pityriasis rubra pilaris. — Ausgebreitete leukoplasiforme Affektion verschiedener Schleimhäute. — Syphilis.

Von

Oberarzt, Dr. med. LUDWIG NIELSEN-Kopenhagen.

Mit drei Abbildungen im Text.

(Fortsetzung und Schluſs.)

Die hier mitgeteilte Krankengeschichte bietet mit Rücksicht auf das Hautexanthem selbst in mehreren Beziehungen Interesse dar und ist durch das gleichzeitige Auftreten von sehr verbreiteten leukoplasiformen Schleimhautaffektionen (und von Syphilis) ein Fall, wozu bisher kein entsprechender in der Literatur vorzuliegen scheint.

Während die Diagnose zwar im Anfang der Krankheit Schwierigkeiten darbot, wurde es während der weiteren Entwicklung derselben unzweifelhaft, daſs die Krankheit zu den schnell generalisierten und fast universell verbreiteten Formen von Pityriasis rubra pilaris („Maladie de DEVERGIE") hinzugerechnet werden muſste. Die klinischen Elementarsymptome bei diesem Pt., nämlich die krankhafte Veränderung der Epidermis, lokalisiert zu den pilären Follikeln mit Entwicklung

circumpilärer Coni, ebenso wie zu der Hautoberfläche selbst mit Desquamation von pityriasiformem Typus, und endlich die Hyperämie der Haut mit stärkerem Hervortreten der feinen Furchen und Facetten derselben — diese Elementarsymptome sind eben die drei Hauptelemente, welche nach BESNIER, in seiner grofsen und grundlegenden Arbeit über Pityriasis rubra pilaris,[1] das klinische Bild in einem voll entwickelten, typischen Fall dieser Krankheit zusammensetzen. Dem entspricht bei diesem Pt. im ganzen auch das besondere Verhalten des Exanthems in den verschiedenen Lokalisationen, ebenso wie die ganze Entwicklung und der ganze Verlauf der Krankheit und der generelle Zustand des Pt.

Unter den Lokalisationen mufs der Haarboden hervorgehoben werden mit der für Pityriasis rubra pilaris eigentümlichen, dichten, diffusen, kleienförmigen Schuppendecke auf hyperämischem Boden, zum Teil mit Schuppenscheiden um die Haare an deren Ausgang aus den Follikeln, mit Schuppenanhäufungen in den letzteren selbst nach Ausfall der Haare, aber, wie es bei dieser Lokalisation immer der Fall ist, ohne Entwicklung peripilärer Coni. Der reichliche Haarverlust hier und in den anderen besonders behaarten Regionen des Körpers ist ein nicht ungewöhnliches Vorkommen bei dieser Krankheit. Der Ausfall der Haare im Capillitium zeigte sich im wesentlichen als eine diffuse, recht gleichmäfsige Lichtung, zugleich aber als mehrere zerstreute, ungefähr erbsengrofse Alopecieflecken, was in dieser Krankeit ungewöhnlich zu sein scheint. Da Pt. zugleich an Syphilis litt, könnte dann eine komplizierende, syphilitische, fleckenweise auftretende Alopecie in Frage kommen. Der Kranke hatte doch auf diesem Zeitpunkte (Ende Juli) übrigens keinen Ausbruch der Syphilis, und da die Haarbodenaffektion selbst jedenfalls nicht zur Syphilis hinzugerechnet werden konnte, aber ihrem ganzen Charakter nach zu dem Hautleiden gehörte, ist es am natürlichsten, die fleckenweise auftretende wie die diffuse Alopecie zu diesem letzteren hinzuzurechnen. Die fleckenweise auftretende Alopecie könnte dann vermutet werden von einer möglicherweise im Haarboden, ebenso wie auf dem übrigen Teile der Haut, an Stellen fleckenweise auftretenden Akzentuation des pathologischen Prozesses herzurühren, wenn auch dieses nicht direkt im Haarboden nachgewiesen wurde, wo übrigens der Mangel an Coni eine solche Akzentuation weniger augenfällig als auf dem übrigen Teile der Haut machen würde, eben ausgenommen durch ein fleckenweise auftretendes Ausfallen der Haare. Eine gewisse Analogie zum fleckenweise auftretenden Haarausfall bot der früher erwähnte Ausfall von dunklen Hornzapfen in einigen wenigen

[1] BESNIER, Observat. pour servir à l'histoire clinique du Pityriasis rubra pilaris. *Annales de Dermat. et de Syph.*, II série, tome X, 1889, S. 253, 398, 485.

Flecken am Rücken unter Bäderbehandlung dar, wodurch diese Flecken eine Zeitlang als rundliche Lichtungen der Effloreszenz auftraten.

Auch das Gesicht, welches ebenfalls zu den typischen Lokalisationen bei Pityriasis rubra pilaris gehört, war in charakteristischer Weise angegriffen mit einer teils diffusen, teils fleckenweise verteilten, dichten, festsitzenden, an der Oberfläche körnigen, pityriasiformen Schuppenschicht, einen hyperämischen Boden mit schwach ausgesprochenen Coni und Schuppenzapfen in den leicht dilatierten Follikelmündungen deckend. Zugleich kamen, wie in mehreren Fällen dieser Krankheit, Blepharitis marginalis, leichte Conjunctivitis, doch ohne Ektropion der Augenlider, und etwas Alopecie der Augenhaare und Augenbrauen vor.

Die Effloreszenz am Hals und Truncus bot in ihrer vollen Entwicklung die verschiedenen morphologischen Eigentümlichkeiten der Pityriasis rubra pilaris dar. Auf dem Halse, ebenso wie in den Achselhöhlen, Coni zusammengestellt in kleineren Flecken und parallelen Streifen mit dazwischenliegender gesunder Haut, im Nacken in einer gröſseren Plaque. Am Truncus, wo die Effloreszenz vollkommen generalisiert war, teils eine diffus verbreitete, schwächere Cutis anserina und leichte Hyperämie mit einer feinen, festsitzenden Überstäubung von Schuppen, besonders die feinen Furchen der Haut markierend, teils stärker akzentuierte Coni mit bedeutender Rauhigkeit wie an einem Reibeisen, ganz dicht zusammengestellt in zahlreichen, kleineren, stärker hyperämischen und schuppenden Flecken, am zahlreichsten am Rücken, und auf den Nates fast ganz konfluierend. Endlich eine sehr bedeutende diffuse Plaque auf der Vorderfläche des Thorax, welche in der Hauptsache das von Besnier im späteren Stadium dieser Krankheit hervorgehobene Verhalten darbot, nämlich daſs die Infiltration der Oberfläche der Haut dieselbe in das Niveau der peripilaren Coni hinauf erhebt, wodurch letztere verschwinden und die feinen Furchen und Facetten der Haut stärker hervortreten. Am Unterleibe war die Intensität der Effloreszenz, wie öfters in dieser Krankheit, am geringsten. Weniger gewöhnlich scheint die auſserordentlich groſse Zahl kleinerer Flecken sowohl am Truncus wie an den Extremitäten zu sein.

Die unteren Extremitäten boten dasselbe eigentümliche Bild dar mit diffuser und fleckenweise akzentuierter Effloreszenz, hier gegen die Peripherie an Intensität abnehmend, nur normale Haut auf dem vorderen Teile des Fuſsrückens und der Zehen, keine Nagelaffektion. Die beiden Plantae in charakteristischer Weise angegriffen, wenn auch nicht in stärkerem Grade, mit einer dichten, festsitzenden, dünnen Schuppenschicht über die ganze Fläche, wie gewöhnlich hier ohne Coni. Die auf einem gröſseren Verbrennungsstreifen hinter dem rechten Trochanter maj. genau lokalisierte, akzentuierte Effloreszenz von dichtgestellten, stark rauhen Coni zeigt, daſs traumatisierende Momente dieselbe Be-

deutung für die Lokalisation dieser wie verschiedener anderer Hautkrankheiten (Psoriasis, Lichen ruber planus u. a.) haben können. In einem der Fälle BESNIERS (l. c. Krankengeschichte XVIII, S. 403) spielten Kratzungsexkoriationen eine ähnliche Rolle, und in einem Falle von LEREDDE[2] wurde vermutet, daſs sowohl solche als der Druck von Hosenträgern Bedeutung in derselben Richtung hatten.

An den oberen Extremitäten, wo hauptsächlich die Streckseite angegriffen war und wo besonders die gröſseren charakteristischen Plaques auf den Ellenbogen mit psoriasisähnlicher Schuppendecke hervorzuheben sind, fand man die gröſsten Partien gesunder Haut, gegen die distalen Enden zunehmend, und namentlich war die Haut der Hände während des ganzen Verlaufs der Krankheit vollkommen frei. In dieser Beziehung wich das Krankheitsbild ganz wesentlich von dem gewöhnlichen der Pityriasis rubra pilaris ab, in welches eben die Hyperkeratosis der Volae (ebenso wie der Plantae) und die follikulären Coni an den Dorsalseiten der Finger als besonders charakteristisches Glied, das sehr selten vermiſst wird, eingehen. Dagegen fand man, wenn auch in geringem Grade, die ebenfalls sehr charakteristische Affektion des untersten Dritteils der Fingernägel mit Andeutung von Schuppenbildung unter dem freien Rande.

Die Anfangslokalisation der Krankheit war hier die weniger häufige, nämlich der Truncus, und die Cutis-anserina-ähnlichen Elemente und die Hyperämie wurden hier als gleichzeitig auftretende Phänomene wahrgenommen. Dagegen zeigte sich die Hyperämie sowohl bei dem ersten Auftreten der Krankheit im Gesicht als bei der späteren Exacerbation derselben als sekundär im Verhältnis zur Hyperkeratosis, was nach den genauen Observationen BESNIERS das Konstante sein soll. Es ist dann vielleicht nicht ausgeschlossen, daſs eine genauere Beobachtung des allerersten Hervortretens der Krankheit dieselbe Reihenfolge dieser beiden Phänomene gezeigt haben würde, namentlich weil die Hyperkeratosis der Follikelmündungen nach der Angabe BESNIERS (l. c. S. 501, Anm.) durch das Gefühl soll perzipiert werden können, noch ehe sie durch das Gesicht deutlich aufgefaſst werden kann. Die schnelle, sukzessive Entwicklung der Effloreszenz ist nichts Ungewöhnliches bei Pityriasis rubra pilaris, und bei der Generalisation derselben geschieht die Verbreitung eben wie bei diesem Pt. als Regel von oben nach unten. Ebenfalls ganz in Übereinstimmung mit dem gewöhnlichen Verhalten bei Pityriasis rubra pilaris ist die ausgesprochene Symmetrie der Effloreszenz, welche auch während des Rückganges derselben beibehalten wurde, ferner der ganze chronische Verlauf mit Remission, Exacerbation und während langer Zeit ziemlich stationärem

---

[2] *Annales de Dermat. et de Syph.* 1898. S. 49.

Zustande, die nur sehr langsame Beeinflussung der Effloreszenz von einer — hauptsächlich äufseren — sehr energischen Behandlung, welcher gegenüber die Haut auch die bei diesen Kranken gewöhnliche Toleranz zeigte. Wie in einem Teile der Fälle von Pityriasis rubra pilaris fand sich auch hier ein zeitweise starkes Jucken während der Entwicklung und der Exacerbation der Krankheit, und als ein wichtiges diagnostisches Moment mufs ferner hervorgehoben werden, dafs das Allgemeinbefinden und der ganze übrige generelle Zustand des Pt. während des ganzen Verlaufs der Krankheit ganz unbeeinflufst war. Der während der Exacerbation im Juli erwähnte, recht grofse, aber ganz vorübergehende Gewichtsverlust mufste am natürlichsten der zu dieser Zeit instituierten Milchdiät und der gleichzeitigen, leicht febrilen Prostatitis und Epididymitis gonorrhoica zugeschrieben werden. Übrigens führt BESNIER an (l. c. S. 523), dafs bei einer grofsen Zahl von Patienten mit Pityriasis rubra pilaris während der Krisen eine vorübergehende Abnahme des subcutanen Fettgewebes wahrgenommen wird.

Wie angeführt, war bei der Untersuchung des Pt. ungefähr ein Jahr nach der Entlassung kein Rückfall eingetreten, was doch spätere Rückfälle nicht ausschliefst, indem ein solcher nach Intermission sogar vieler Jahre eintreten gesehen ist, und nach BESNIER mufs daher diese Eventualität bei Pityriasis rubra pilaris immer offen stehen.

Die Zusammenfassung aller hier vorgeführter besonderer Charaktere des Hautleidens selbst bei diesem Pt. deutet somit entschieden auf die Diagnose Pityriasis rubra pilaris, wenn auch die Volae (aber nicht die Plantae) und die Dorsalseiten der Finger (die Nägel doch ausgenommen) — die sonst in besonders typischer Weise bei dieser Krankheit angegriffenen Lokalisationen — hier nicht in das Leiden einbezogen waren. Übrigens finden sich keineswegs immer alle die typischen Lokalisationen bei jedem Pt. mit Pityriasis rubra pilaris angegriffen, und es können auch, wenn auch selten, sowohl die Volae als die Dorsalseiten der Finger frei gehen. BESNIER, welcher ebenfalls dieses angibt, legt bei der Diagnose eben das Hauptgewicht auf die ganze Zusammenfassung der eigentümlichen klinischen Charaktere. —

Während des Verlaufs der Krankheit entstanden, wie in der Krankengeschichte angeführt, gewisse Irritationsphänomene, die nicht zum klinischen Bilde der Pityriasis rubra pilaris gehören und welche durch ihr vorübergehendes und akzidentelles Auftreten den Charakter unwesentlicher Komplikationen ohne Bedeutung für die Auffassung der Hautkrankheit selbst hatten. Hierhin gehört das ganz flüchtige, nur ein einzelnes Mal beobachtete, urtikarielle Aussehen frisch hervorgesprossener, hyperämischer Cutis-anserina-Flecken gerade am Anfang der Krankheit. Dies stand unzweifelhaft in Verbindung mit dem auf diesem Zeitpunkte be-

sonders starken Jucken und kaum, da es ein rein ephemeres Phänomen war, mit der gleichzeitigen, mehr langwierigen Anwendung von Antipyrin.

Ebenfalls zeigte sich am Anfange der Krankheit etwas seröse Exsudation (eine leichte Ekzematisation) in der psoriasiformen, zeitweise fissurierten Plaque am linken Ellenbogen (nicht am rechten), ebenso wie stellenweise auf der Regio pubica und auf dem Hodensack. Die Dauer davon betrug mit Intermissionen ein paar Monate; eine ähnliche Exsudation in einzelnen Fleckchen an der Brust und im Gesicht bestand nur wenige Tage. Während der späteren Exacerbation der Hautkrankheit zeigte sich ebenfalls ein wenig Exsudation, ganz vorübergehend, an einzelnen derselben Stellen. Die Exsudation, die durch Eintrocknen die Schuppen verklebte, ging niemals aus Bullae hervor, und nur ab und zu sah man kleine ekzematöse Vesikeln am Ellenbogen. Eine direkte Ursache liefs sich nicht nachweisen. Die ganz geringe Extensität ohne Neigung zu weiterer Verbreitung und die relativ oder absolut kurze Dauer im Gegensatz zu der fast universellen und übrigens in ihrem ganzen chronischen Verlauf an Charakter vollkommen trockenen Hautaffektion gab der Exsudation ein rein akzidentelles, lokales Gepräge, um so mehr, als die Haut sonst überall die bei Pityriasis rubra pilaris, von Besnier hervorgehobene, gewöhnliche grofse Toleranz gegen die angewandten irritierenden äufseren Mittel zeigte. Fälle ähnlicher Art sind übrigens nicht ungekannt bei Patienten mit dieser Krankheit; so erwähnt Besnier (l. c. S. 513), dafs man bisweilen unter den Schuppen in der Plica retroauricularis eine leichte Feuchtigkeit (suintement) trifft, und in einem Falle Renauts (Besnier, l. c. S. 266, Obs. VIII) war etwas Nässen hinter den Ohren, in den Lippenkommissuren und im Sulcus naso-labialis gewesen. Auch C. Boeck[3] führt in betreff seines einen, sehr genau und eingehend beschriebenen Falles von Pityriasis rubra pilaris an, dafs Pt. während langer Zeit nach dem Anfang der Krankheit ein juckendes Ekzem am Scrotum gehabt hatte.

Dasselbe akzidentelle Gepräge zeigten die ziemlich sparsamen, ungefähr hanfkorngrofse Follikulitiden von gewöhnlichem, entzündungsartigen Typus, die während einiger Zeit in dem früheren Verlaufe der Krankheit dieselbe komplizierten, ausschliefslich zum Mons veneris und zur Regio nuchae lokalisiert, während die follikulären Keratosen sonst überall und während des ganzen langen Verlaufs der Krankheit den gewöhnlichen trockenen Charaker ohne Andeutung solcher Entzündungsphänomene zeigten.

Ein Verhalten bei diesem Pt., das ebenfalls von dem gewöhnlichen bei Pityriasis rubra pilaris abweichend ist, ist die starke Pigmentierung, die sich im Verlaufe der Krankheit entwickelte. Unter den verschiedenen Nuancierungen der Röte bei dieser Krankheit erwähnt Besnier (l. c. S. 502)

---

[3] Jagttagelser over enkelte sjeldnere Hudsygdomme i Norge. Kristiania. 1888. S. 130.

auch eine dunkelbraune (bistrée), aber nur auf kleineren Partien der Haut vorkommend, und nur ausnahmsweise, wie in einem Falle TAYLORS, von gröſserer Verbreitung. Bei unserem Pt. war es zwar eine leicht rötlich-braune Farbe während der Remission nach dem ersten Hervortreten des Exanthems, aber die starke Pigmentierung zeigte sich erst unter der späteren Anwendung von Arsenik (Pill. asiaticae), so daſs sie sicherlich der Hautkrankheit selbst als solcher fremdartig ist und am natürlichsten als eine Melanosis arsenicalis aufgefaſst werden muſs, doch nicht generell, sondern in bezug auf Lokalisation genau derselben entsprechend.

Wie in der Krankengeschichte erwähnt, bekam auch ein Teil der Schuppenzapfen, namentlich die groſsen hornähnlichen Zapfen in den Flecken am Rücken, später eine braunschwarze Farbe, von feinen schwarzen Pigmentkörnern herrührend, welche wahrscheinlich auch von der Arsenbehandlung herzurühren angenommen werden müssen. (In einzelnen Fällen von Arsenkeratose hat man dieselbe von einer bräunlichen oder schwarzen Farbe gefunden.) In Briefen aus Paris hat UNNA[4] als differentialdiagnostisches Moment zwischen Pityriasis rubra pilaris und Ichthyosis unter anderem hervorgehoben, daſs die Keratose der erstgenannten Krankheit sich fortdauernd weiſs erhält im Gegensatz zu der mit der Zeit bräunlichen oder schwarzen Farbe der Ichthyosis; ein Verhalten, welches BESNIER (l. c. S. 533, Anm.). wenn auch nicht absolut, so doch in der Hauptsache bestätigt. Der hier mitgeteilte Fall zeigt also ein Abweichen hiervon, aber zwar in einem, die Pityriasis rubra pilaris selbst als solche vermeintlich nicht angehenden Verhalten begründet.

Es ist wohl kaum wahrscheinlich, daſs die gleichzeitige syphilitische Infektion des Pt. eine wesentliche disponierende Bedeutung für die Entwicklung der stärkeren Pigmentierung gehabt haben sollte, und die Hautkrankheit und die cutanen papulösen Ausbrüche der Syphilis verliefen im ganzen Seite an Seite ohne nachweisbare Einwirkung aufeinander und klinisch wohl geschieden. (Die klinische Diagnose der syphilitischen Papeln wurde ferner durch den Nachweis von Spirochaeta pallida und durch die Wirkung der Behandlung bestätigt.) Auch nicht die antisyphilitische Behandlung schien eine merkbare Einwirkung auf die Hautkrankheit zu üben. Das Entstehen derselben kurze Zeit nach der Infektion mit Syphilis ist insoweit von Interesse, als man ab und zu die Pityriasis rubra pilaris sich im Anschluſs an verschiedene Infektionskrankheiten entwickeln gesehen hat, ohne daſs man doch deswegen einen ätiologischen Schluſs betreffs dieser in bezug auf ihren Ursprung noch ganz ungekannten Krankheit ziehen darf. Die in der späteren Zeit von einigen Verfassern

[4] Pariser Briefe. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888. Bd. 7, S. 572.

aufgestellte Vermutung einer Relation zur Tuberkulose findet in diesem Falle keine Bestätigung.

Während die oben erwähnten Verhältnisse — die lokalen Irritationsphänomene und die starke Pigmentierung —, welche von dem gewöhnlichen klinischen Bilde der Pityriasis rubra pilaris abweichend waren, somit einen mehr akzidentellen Charakter besafsen und die Krankheit als solche nicht anzugehen schienen, knüpfte sich das allergröfste Interesse an die während der Krankheit entwickelten Schleimhautveränderungen, welche ganz den Charakter einer Keratinisation des Epithels hatten, also einer sogenannten leukoplasiformen Schleimhautaffektion. Es konnten, wie in der Krankengeschichte erwähnt, keinerlei äufsere Momente, wie Tabakmifsbrauch, Zahnirritation oder merkurielle Stomatitis, nachgewiesen werden, welche von Bedeutung für die Entwicklung dieser Schleimhautaffektion, die zum ersten Male im Juli gleichzeitig mit der starken Exacerbation des Hautleidens und in einer ausbruchfreien Periode der Syphilis auftrat, zu sein vermutet werden könnten.

Weil der Pt. Syphilitiker war und weil die Pityriasis rubra pilaris niemals solche Schleimhautveränderungen hervorrufen soll, konnten dieselben, welche sich zuerst an den Innenseiten der beiden Wangen und an den Seitenrändern der Zunge zeigten, anfänglich schwerlich anders aufgefafst werden als wie eine sekundäre leukoplasiforme syphilitische Affektion, welche eben vorzugsweise ihren Sitz an den genannten Stellen hat. Namentlich zwei der von FOURNIER[5] beschriebenen Typen derselben, nämlich „T. en semis" und „T. en dentelle", entsprachen in bezug auf die Konfiguration sehr wohl dem Aussehen bei diesem Pt. Hierzu kam dann die weifsliche Farbe, die derjenigen ähnlich war, welche durch Überstreichen mit Lapis inf. entsteht, und die einen integrierenden Teil der Schleimhaut ausmachte, ferner der Mangel an Infiltration, die fast ganz unmerkliche Unebenheit der Schleimhautoberfläche, welche aufserhalb der gefärbten Partien im ganzen normal gefunden wurde, und endlich der vollkommene Mangel an subjektiven Symptomen. Nur durch Betastung mit der Zunge hatte Pt. ein Gefühl, als wenn „die Schleimhaut zusammengerunzelt war". Auf diesem Zeitpunkte fanden sich keine erosiven syphilitischen Schleimhautaffektionen.

Die Affektion nahm indessen allmählich gröfsere und gröfsere Partien der Schleimhaut ein, so dafs sie sich bei ihrer gröfsten Verbreitung Anfang Oktober, wie in der Krankengeschichte beschrieben, aufser auf fast der ganzen Innenseite der Wangen und auf sehr grofsen Partien der Schleimhaut der Zunge auch auf den Prolabien, auf Teilen des harten und des weichen Gaumens, auf der rechten Tonsille,

[5] ALFR. FOURNIER, Traité de la Syphilis, tome I, S. 515. Paris 1899.

auf den hinteren Gaumenbögen usw. und, wie es Prof. GRÖNBECH nachwies, zugleich auf der Zungenwurzel, im Pharynx und im Larynx fand. Endlich kam hierzu noch die ganz eigentümliche Lokalisation auf den Carunculae lacrymales. Die weiſse oder weiſsgraue, durchgehends nicht besonders glänzende Farbe trat teils als dichtgestellte Punkte auf, teils als ein sehr feines Netzwerk und feine Streifen und teils mit einer mehr flecken- oder flächenförmigen Verbreitung, so namentlich auf der Oberfläche der Zunge mit ziemlich breiten, einheitlichen, glatten Längszügen, auf deren weiſslicher Farbe mehrere zerstreute, rote Papillae fungiformes deutlich hervortraten. Die Papillenwälle der Papillae circumvallatae waren weiſslichgrau und zugleich, doch wesentlich an der hintersten Papille, geschwollen; die zentralen Papillen selbst dagegen rot oder nur mit einem kleinen gräulichen Zuge. Die Schleimhaut des Larynx war zugleich der Sitz akuter katarrhalischer Veränderungen, ebenso wie sich auſser den grauweiſsen Veränderungen etwas katarrhalische Geschwulst des adenoiden Gewebes im Schlundgewölbe und an der Zungentonsille vorfand. An allen anderen Stellen war die leukoplasiforme Affektion dagegen nicht von irgendeiner anderen Veränderung der Schleimhaut begleitet.

Über die Lokalisation der sekundären syphilitischen Leukoplasie führt FOURNIER (l. c.) an, daſs er sie niemals auf den Gaumenbögen, dem Gaumensegel oder im Pharynx gesehen hat. Als daher die Affektion bei diesem Pt. die erwähnte groſse Verbreitung auch zu diesen Regionen und zugleich zum Larynx erreichte, konnte die Annahme einer syphilitischen Leukoplasie nicht mehr damit vereinigt werden, zumal auch die Carunculae lacrymales der Sitz ganz derselben Affektion wurden. Übrigens war der im Anfang schnelle und spontane teilweise Rückgang nur wenig mit dem gewöhnlichen Verlauf der sekundären syphilitischen Leukoplasie vereinbar. Daſs die wegen der späteren Rezidive der Syphilis angewandte Inunktionsbehandlung ohne kennbaren Einfluſs auf die Mundaffektion war, ist insofern von geringer Bedeutung in dieser Verbindung, als auch die sekundäre syphilitische Leukoplasie ja eben ganz gewöhnlich gegen die gemeine antisyphilitische Behandlung refraktär ist.

Während somit die leukoplasiformen Schleimhautveränderungen nicht von der syphilitischen Infektion herzurühren angenommen werden konnten, fanden sich gewisse Verhältnisse, die auf eine Relation derselben zum Hautleiden deuten könnten. Es ist in der Krankengeschichte beschrieben, wie die grauweiſsen, punktförmigen Epithelveränderungen sich ohne Unterbrechung von der Innenseite der Wangen in die Mundwinkel hinein und auf die Prolabien hinüber fortsetzten, wenn auch hier etwas schwächer ausgesprochen, und daſs das Prolabium als Ganzes ein mattes, trockenes, gräulichrotes Aussehen mit schwachen Zügen bräunlicher Pigmentierung und mit ganz leichter, kleienförmiger Abschuppung, aber ohne

Infiltration, besaſs. Die Prolabien waren dann — wie man es bei Pityriasis rubra pilaris sehen kann und eben nur als eine leichte Exfoliation (Besnier) — unzweifelhaft in das Hautleiden mit einbezogen, welches sich also hier Seite an Seite mit den leukoplasiformen Punkten fand. Im rechten Mundwinkel am Übergange zur Haut sah man auſserdem mittels Lupe einzelne weiſsliche Punkte von feinen Lanugohärchen durchbohrt. Die gräulichen Punkte auf den Prolabien konnten nicht angenommen werden, in Relation zu den hier bisweilen in gröſserer Zahl vorkommenden, kleinen, gelblichen Talgdrüsen zu stehen, indem solche sich nicht nachweisen lieſsen, als später die gräulichen Punkte verschwunden waren. Die weiſsen Punkte auf den Carunculae lacrymales, deren feinerer Bau demjenigen der Haut so ähnlich ist, auch in bezug auf Versehung mit Haaren und Talgdrüsen, setzten sich, wie angeführt, am rechten Auge auſserhalb der Karunkel ein wenig in den Canthus intern. selbst hinein fort. Noch kann hervorgehoben werden die Gleichzeitigkeit im Auftreten der leukoplasiformen Affektion und der starken Exacerbation des Hautleidens und der spätere, im ganzen ziemlich parallele Verlauf beider, wenn sich auch ungefähr ein Jahr nach der Heilung des Hautleidens noch Reste der Schleimhautaffektion auf der Oberfläche der Zunge hielten.

Die hier genannten Verhältnisse im Verein mit der ganz unwahrscheinlichen Annahme einer syphilitischen sekundären Leukoplasie können nicht wohl eine andere Deutung erlauben, als daſs die Gleichzeitigkeit des Haut- und Schleimhautleidens als eine Zusammengehörigkeit beider aufgefaſst werden muſs, also als Ausdruck nebengeordneter Ausschläge derselben Krankheit. Es wäre nämlich ganz unnatürlich, die leukoplasiforme Affektion als eine das Hautleiden nicht angehende, zufällige, idiopathische und in solchem Falle zugleich ganz unbekannte komplizierende Krankheitsform oder — wegen klinischer Übereinstimmung (siehe unten) — als eine zufällige Komplikation mit Lichen ruber planus, nur auf Schleimhäuten lokalisiert, anzunehmen.

Für die Auffassung einer Zusammengehörigkeit des Haut- und Schleimhautleidens gibt es indessen die oben berührte Schwierigkeit, daſs die Pityriasis rubra pilaris nach der allgemeinen Angabe nur die Haut angreift und niemals die Schleimhäute mit einbezieht, abgesehen von der von Besnier erwähnten, in mehreren Fällen beobachteten Conjunctivalinjektion (und Blepharitis marginalis), welche auch bei unserem Patienten vorhanden war. In einem akuten generellen Falle, veröffentlicht von Tilb. Fox,[6] fand sich doch zugleich die Schleimhaut des Schlundes und der Pharynx kongestioniert, und ein Patient, vorgestellt von Du Castel und Kalt[7] in der französischen dermatologischen Gesellschaft, hatte eine

[6] Krankengeschichte V bei Besnier, l. c. S. 262.

[7] *Ann. de Derm. et de Syph.* 1900, S. 1228.

Kerato-Conjunctivitis, deren Zusammenhang mit dem Hautleiden doch nicht festgestellt werden konnte; bei demselben Patienten hatten die Lippen ein leukoplasieähnliches Aussehen. Ein, wie es scheint, etwas ähnlicher Fall wurde von Török[8] in der ungarischen dermatologischen Gesellschaft in Budapest vorgestellt. Das Vorhandensein einer oberflächlichen Leukoplasie an Lippen- und Zungenschleimhaut bei einem Patienten, welcher gleichzeitig mit Pityriasis rubra pilaris auch Keratosis pilaris rubra hatte, wird von Róna[9] erwähnt, ist mir aber nur durch ein kurzes Referat bekannt.

Da das Hautleiden und die Leukoplasie bei unserem Patienten doch unzweifelhaft zusammengehörend waren, stellt sich ganz natürlich die Frage vor, ob die Diagnose Pityriasis rubra pilaris trotz dieser ganz ungewöhnlichen Lokalisation fortwährend festgehalten werden kann, zumal die Leukoplasie, welche, wie erwähnt, in ihrer vollen Entwicklung nicht mehr als eine syphilitische Leukoplasie aufgefaſst werden konnte, als Ganzes vollkommen der bei Lichen planus (Wilson) vorkommenden Schleimhautaffektion ähnlich war. Abgesehen von Verbreitung und Lokalisation wie bei diesem Patienten können die klinischen Verschiedenheiten der leukoplasieformen Affektionen bei Lichen planus und bei Syphilis so geringfügig sein, daſs eine Diagnose, welche sich ausschlieſslich auf die Schleimhautaffektion selbst stützen muſs, öfters, wie es Fournier (l. c.) angibt, in suspenso gelassen werden muſs. Die für die Palpation fast ganz glatte Oberfläche der Leukoplasie bei unserem Patienten war mehr übereinstimmend mit dem Verhalten bei Syphilis, während umgekehrt der durchgehende Mangel an perlmutterähnlichem Glanz nach Fournier zugunsten des Lichen ruber planus sprechen sollte. Die Verbreitung würde sehr wohl dem Verhalten bei dieser letzteren Krankheit entsprechen, bei welcher, also im Gegensatz zur Syphilis, so gut wie alle die dem Gesicht zugänglichen Schleimhäute angegriffen gesehen sind. Doch war die Verbreitung bei unserem Patienten ungewöhnlich groſs, und eine leukoplasieforme Affektion der Carunculae lacrymales scheint nach der vorliegenden Literatur bisher nicht bei Lichen ruber planus beobachtet worden; von den Conjunctivae selbst soll sie nur ein einzelnes Mal von Gaucher und Druelle[10] gesehen worden sein.

Die Schleimhautaffektion würde somit in hohem Grade zugunsten der Diagnose Lichen ruber planus sprechen können, und die starke cutane Pigmentierung könnte dann auch als Stütze derselben herangezogen werden,

[8] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 25, S. 31 und 278.

[9] Wissenschaftliche Arbeiten, gewidmet Prof. Schwimmer anläſslich seines 25jährigen Dozentenjubiläums. Budapest 1897. Ref. in *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1898, Bd. 26, S. 573.

[10] *Ann. de Derm. et de Syph.* 1904, S. 78.

obgleich es zwar das am meisten Naheliegende und zum Teil nach dem Charakter das Wahrscheinlichste ist, dafs sie als eine Arsenikmelanose aufzufassen ist. Wenn auch der Mangel an Effloreszenz in den Volae und auf den Dorsalseiten der Finger auch ein Moment von Bedeutung in dieser Verbindung scheinen sollte, mufs, wie früher hervorgehoben, erinnert werden, dafs umgekehrt andere Lokalisationen (wie Haarboden, Gesicht, Nägel, Plantae usw.), welche auch (u. a. von Besnier) als charakteristisch für Pityriasis rubra pilaris im Gegensatz zum Lichen ruber planus hervorgehoben werden, eben bei diesem Patienten Sitz der Effloreszenz waren, und dafs es im ganzen die Sammlung der eigentümlichen Symptome war, worauf die Diagnose Pityriasis rubra pilaris gestützt wurde. Unter diesen Symptomen mufs dann, gegenüber der Diagnose Lichen ruber planus, ganz besonders hervorgehoben werden, dafs während des ganzen, fast jahrelangen Krankheitsverlaufes, während dessen Patient unter täglicher Observation war, ausschliefslich, rein uniform, nur die erwähnten, speziell der Pityriasis rubra pilaris angehörenden, acuminaten, peripilären Elemente nachgewiesen werden konnten und nicht an irgendeinem Zeitpunkte auch nur eine einzelne, flache, polygonale, glänzende Papel oder andere für Lichen ruber planus eigentümliche papulöse Formen. Auch die hauptsächlich in den gröfseren Plaques vorgefundene oberflächliche, cutane Infiltration schien nicht stärker zu sein, als man es auch sonst bei Pityriasis rubra pilaris beschrieben finden kann. Hierzu kommt noch das Resultat der mikroskopischen Untersuchung (siehe unten). Trotz der Schleimhautaffektionen mufste dann die Diagnose Lichen planus als ausgeschlossen betrachtet werden.

In einem einzelnen Falle von Lichen ruber acuminatus hat Unna[11] zahlreiche Erosionen (also nicht Leukoplasie) an der Zunge gefunden, übrigens aber wird angegeben, dafs die Schleimhäute bei Lichen ruber acuminatus ebenso wie bei Pityriasis rubra pilaris intakt sind, was ganz natürlich darin begründet ist, dafs der Lichen ruber acuminatus Kaposis wie der Amerikaner sich mit Pityriasis rubra pilaris identisch zu sein gezeigt hat, und dafs dasselbe nach Kaposis Angabe auch trotz des malignen Charakters mit dem etwas unklaren Lichen ruber acuminatus Hebrae der Fall sein soll. Endlich ist der Lichen ruber acuminatus (neuroticus) Unnas,[12] welcher durch seinen ganzen klinischen Charakter und besonders auch durch das starke Mitleiden des Allgemeinbefindens und durch die oft sehr ernste Prognose eine Sonderstellung innerhalb der

[11] Über die Mundaffektion bei Lichen ruber. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1882, Bd. 1, S. 259.

[12] Pariser Briefe. III. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888, Bd. VII, S. 573. Vgl. Unna: *Die Histopathologie der Hautkrankheiten.* Berlin 1894, S. 307.

Lichengruppe einnimmt, durch die meisten seiner Eigentümlichkeiten ganz verschieden von dem Hautleiden unseres Pt. und wird auch von UNNA ganz entschieden von der Pityriasis rubra pilaris getrennt.

Der Krankheitsfall unseres Pt. kann somit nicht wohl anders aufgefaßt werden als wie **eine Pityriasis rubra pilaris mit einer bei dieser Krankheit bisher ungekannten Lokalisation auf verschiedenen Schleimhäuten in Gestalt leukoplasiformer Veränderungen, welche klinisch im ganzen mit den Schleimhautaffektionen bei Lichen ruber planus übereinstimmen.** Ob hier die gleichzeitige Syphilis des Kranken eine indirekte, disponierende Bedeutung für das Entstehen der Leukoplasie oder einen partiellen Anteil an dieser haben sollte, läßt sich natürlich nicht entscheiden.

Bekanntlich ist darüber noch keine Einigkeit unter den Dermatologen erreicht, ob die Pityriasis rubra pilaris (Lichen ruber acuminatus) eine von dem Lichen ruber planus (WILSONs Lichen) ganz verschiedene Krankheit ist, oder ob beide nur zwei Formvarietäten derselben Krankheit: Lichen ruber sind, indem Fälle vorliegen, welche sowohl in bezug auf Morphologie als auf Lokalisation usw. gleichzeitig das Gepräge der einen und der anderen dieser Krankheitsformen besitzen. Solche Fälle — u. a. von LUKASIEWICZ[13] und von M. JOSEPH[14] mitgeteilt und namentlich in der französischen dermatologischen Gesellschaft in Paris demonstriert[15] — werden dann besonders von französischen Dermatologen (aber auch von UNNA, NEISSER u. m.) als Lichen planus (WILSON) mit acuminaten Elementen und besonders von deutschen Verfassern der Wiener Schule eben als Ausdruck der Identität beider Krankheitsformen aufgefaßt. In mehreren dieser Fälle mit sowohl planen als acuminaten Elementen fand sich zugleich die für Lichen planus eigentümliche Schleimhautaffektion.

Eine im ganzen mit dieser übereinstimmende und für Pityriasis rubra pilaris sonst vollkommen fremde leukoplasiforme Affektion fand sich also auch bei unserem Pt., bei welchem nur acuminate Elemente vorkamen. Diese Übereinstimmung, die sich nicht wohl als rein zufälliges Zusammentreffen von Pityriasis rubra pilaris mit Lichen planus allein auf

---

[13] Lichen ruber acuminatus und planus an der Haut und Schleimhaut desselben Individuums. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1896, XXXIV, S. 163.

[14] Lichen ruber planus und acuminatus mit mikroskopischen Demonstrationen. Ref. des Derm. Vereins in Berlin. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896, Bd. 23, S. 234.

[15] *Ann. de Derm. et de Syph.* 1896, S. 572 (HALLOPEAU). — 1897, S. 647 (HALLOPEAU und POULAIN). — 1899, S. 469 (DIEULAFOY und DEHU). — 1901, S. 370 (HALLOPEAU und FOUQUET), S. 538 und 678 (HALLOPEAU). — 1902, S. 1152 (BALZER und FAURE-BEAULIEU). — 1903, S. 161 (DANLOS). — 1905, S. 978 (DANLOS). Eine gesamte Literaturangabe findet sich in E. RIEKES Abhandlung: Lichen ruber in MRAČEKS Handbuch der Hautkrankheiten. Wien, 1904—1905.

Schleimhäuten lokalisiert auffassen läſst, braucht natürlich nicht an und für sich ein Ausdruck dessen zu sein, daſs diese zwei Krankheiten eine Krankheitseinheit bilden. Die Übereinstimmung des klinischen Aussehens könnte ja sehr wohl von rein morphologischer Bedeutung zu sein angenommen werden, ebenso wie die Übereinstimmung der Schleimhautaffektionen bei Syphilis und Lichen planus. Aber der hier mitgeteilte Fall, welcher in extremer und, wie es scheint, bisher ganz ungekannter Art eine ausschlieſslich acuminate Effloreszenz usw. wie bei Pityriasis rubra pilaris mit einer sehr verbreiteten Schleimhautaffektion wie bei Lichen ruber planus vereinigt, muſs doch am natürlichsten in Beleuchtung der eben erwähnten Krankengeschichten gesehen und denselben angereiht werden, die auch in anderen Beziehungen das Gepräge der beiden Krankheitsformen besitzen. Im Verein mit diesen Krankengeschichten muſs dann der hier mitgeteilte Fall notwendigerweise in hohem Grade Zweifel erwecken an der Richtigkeit des unmittelbar gesehen so ansprechenden und klaren (und früher auch von mir eingenommenen) französischen Standpunktes, welcher zwei, in ihrer reinen, unvermischten Form, in welcher sie zugleich mit ganz überwiegender Häufigkeit auftreten, so eigentümliche und anscheinend so verschiedene Hautaffektionen wie Pityriasis rubra pilaris und Lichen ruber planus vollkommen voneinander scheidet. Die hybridischen Fälle werden sicherlich noch für lange Zeiten die Dermatologen in Identisten und Non-Identisten scheiden, wenn man nicht den ganz objektiven Standpunkt wählt, die Frage vorläufig als offen zu betrachten, bis vielleicht fernere Erfahrungen oder erst die Kenntnis des ätiologischen Momentes volle Klarheit darin bringt.

Die nachfolgende mikroskopische Untersuchung eines Ende Juli 1907 exzidierten Stücks der pathologisch veränderten Haut der Vorderfläche des rechten Schenkels ist in liebenswürdiger Weise von Dr. H. Bang ausgeführt. Das Präparat zeigt folgendes:

Die Epidermis ist diffus etwas verdickt; dies gilt in ungefähr gleichem Grade vom Stratum corneum und den unterliegenden Schichten. Die Verhornung scheint nichts Unnormales darzubieten, es wird keine Parakeratose gesehen. Das Stratum granulosum ist überall stark entwickelt, am öftesten zwei- bis dreischichtig. Das Stratum spinosum ist ziemlich stark geschwollen, etwas ödematös. Man sieht keine Vacuolenbildung im Epithel und kein Zeichen einer kolloiden Degeneration. Das Stratum granulosum bildet an vielen Stellen Falten, in welche das Stratum corneum hinab geht und — oft mehrere — kleine Hornzwiebeln bildet. Es findet sich eine geringe Zellinfiltration in den untersten Schichten des Stratum spinosum, ein wenig gegen die Basalschicht zunehmend, welche letztere nicht überall gleich scharf vom Corium abgegrenzt ist, indem die Zellen

an mehreren Stellen durch die infiltrierenden Zellen etwas voneinander getrieben sind. In der untersten Schicht des Stratum spinosum finden sich recht zahlreiche Mitosen; in der Basalschicht finden sich Pigmentkörner, aber nur in geringer Zahl.

Die Epithelleisten sind etwas geschwollen, die Papillen etwas verlängert, ohne daſs die Präparate besonders charakteristische Formveränderungen hier zeigen.

In der Papillarschicht des Corium findet sich moderate Infiltration von am meisten plasmazellenähnlichen Zellen, aber nur wenige Mastzellen.

Weil Fettdrüsen und Ausführungsgänge der Schweiſsdrüsen nur mangelhaft in den Schnitten vorkommen, habe ich nicht die von JACQUET erwähnten für Pityriasis rubra pilaris charakteristischen Veränderungen dieser Organe konstatieren können. Die Glomeruli sieht man nicht deutlich verändert, sie sind von einer etwas reichlicheren Zelleninfiltration umgeben und darunter einige Mastzellen.



Fig. 2.

Die Gefäſse werden nirgends besonders dilatiert gesehen, sie sind von einer geringen Zellinfiltration umgeben. Es findet sich keine ausgesprochene hyaline Degeneration der Gefäſswand, nur fleckenweise mögliche Andeutung einer solchen.

Die elastischen Fasern sind ungeschädigt ebenso wie der überwiegende Teil der Bindegewebsfibrillen, welche doch da und dort Zeichen einer geringen hyalinen Degeneration in den tieferen Schichten des Corium darbieten.

Die Musculi arrectores pilorum sind besonders wohlentwickelt, möglicherweise etwas vergröſsert. Die Zelleninfiltration in den Schichten des Corium ist im ganzen recht unbedeutend.

Sehr charakteristische Veränderungen bieten die Haarfollikeln dar. Sie sind stark erweitert, von einem Hornkegel oder einer Hornkugel er-

füllt, welche von dichten konzentrischen Schichten flacher verhornter Epithelzellen gebildet ist. Durch diese verläuft oft ein anscheinend gesundes, wenn auch etwas atrophisches Haar.

Die übrigen Schichten der Epidermis gehen in mehr oder weniger atrophischem Zustande in den Haarsack hinab und bilden die Wand desselben. Das Stratum granulosum ist da und dort verschwunden, an anderen Stellen aber wohlbewahrt, seine Zellen sind abgeflacht, dicht zusammengepreſst; etwas ähnliches gilt vom Stratum spinosum, auch die Zellen der Basalschicht sind häufig flachgedrückt. Man sieht doch auch hier an

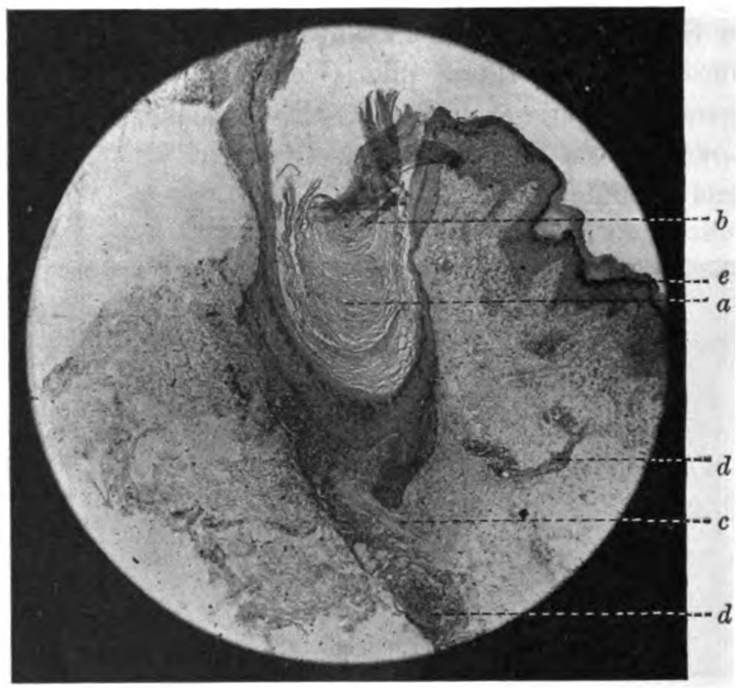


Fig. 3

(ca. 60 : 1) ist eine vergröſserte Partie der Figur 2 (ca. 25 : 1). Das Präparat (von der Vorderfläche des rechten Schenkels) schreibt sich vom Ende Juli 1907. Hämatoxylin-Eosinfärbung (Paraffinschnitt).

a) Ein erweiterter Haarfollikel. *b*) Haar. *c*) Musculus arrector pili. *d*) Schweiſsdrüse (leicht infiltriert). *e*) Das verdickte Strat. granulosum.

einzelnen Stellen leichte ödematöse Schwellung der Zellen mit sehr deutlichen Intercellularfasern. In der Wand des Haarsackes findet sich nur unbedeutende Zelleninfiltration, und dasselbe gilt von den umschlieſsenden Partien des Corium. Gegen das Infundibulum des Haarsackes hinab und um dasselbe findet sich dagegen eine etwas bedeutendere Zelleninfiltration verschiedener, meist plasmazellenähnlicher Zellen. Der Hornkegel kann auch ausgefallen sein, er hinterläſst dann im Haarsack einen groſsen leeren Raum.

Infolge meines oben beschriebenen Befundes kommt es mir am natürlichsten vor, auch nach dem histologischen Bilde das Hautleiden als einen

Fall von Pityriasis rubra pilaris anzusehen, indem es im wesentlichsten demjenigen gut entspricht, was JACQUET (*Ann. de Derm. et de Syph.*, 1889, S. 491 u. f.) und UNNA (*Histopathologie*, 1894, S. 298 u. f., S. 315 und an mehreren Stellen), ebenso wie eine Reihe anderer Forscher wie v. DÜHRING, JORDAN, BROCQ und teilweise SAWINSKY als charakteristisch für Pityriasis rubra pilaris angegeben haben. JACQUET erwähnt doch in seiner ausführlichen Beschreibung verschiedene Verhältnisse bei der Kernfärbung in Epithel- und Degenerationsbildern in den Azini der Fettdrüsen, welche ich nicht wiederfinden konnte.

Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Mai 1910.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. LESSER: **Nachruf** auf das korrespondierende Mitglied Prof. MIBELLI-Parma.

2. LANG-Wien: Ansprache, betreffend **chirurgische Heilung des Lupus.** (16 geheilte Fälle wurden in der Berl. med. Ges. am 11. Mai demonstriert.)

3. DREUW hält einen Vortrag mit Projektion mikroskopischer Bilder über **eigentümliche Epithelzellformationen,** die er im Zahngranulom gefunden hat, und über **Übergänge von Plasmazellen in Mastzellen.**

4. TOMASCZEWSKI berichtet über die **Heilung experimenteller Kaninchensyphilis (Testikelimpfung)** durch das EHRLICH-HATAsche Arsenpräparat.

Diskussion: ROSENTHAL hebt hervor, daſs syphilitische Erscheinungen nicht nur durch die organischen neuen Arsenpräparate schwinden, sondern auch durch die arsenige Säure selbst, und beklagt die Beunruhigung des Publikums durch den schnellen Übergang der Heilberichte mit den allerneuesten Präparaten aus der Fachpresse in die Tageszeitungen, noch ehe es einer gröſseren Zahl gewissenhafter Forscher möglich war, sich ein selbständiges Bild von diesen Heilwirkungen zu verschaffen. E. LESSER hebt hervor, daſs der Vortragende nur über die Einwirkung des Präparates auf Kaninchensyphilis gesprochen habe. A. NEISSER-Breslau berichtet über eigene Versuche. M. FRIEDLAENDER drückt seine Bewunderung über die von ihm selbst bei SCHREIBER-Magdeburg gesehenen Heilresultate einer einzigen Injektion auf schwere Syphilide aus.

5. JOSEF MAYER (als Gast) hält einen Vortrag: **Zur Theorie der Syphilis.** Er beendet nur seine Ausführungen über die Theorie des Zustandekommens der WASSERMANNschen Reaktion. Der Rest, welcher vornehmlich über die Bedeutung der Spirochaeta pallida handelt, wird gedruckt vorgelegt werden. Die Diskussion wird bis nach der Drucklegung verschoben (ist inzwischen bei A. Hirschwald, Berlin, gedruckt erschienen).

6. LEVY-DORN (als Gast) spricht zur **Reaktion der Haut gegen Röntgenstrahlen bei Mensch und Tier.** Er berichtet über Hautreaktion (Haarausfall) bei Mäusen nach geringen Dosen: sie tritt spät (nach einer Erythemdosis nach zwei Monaten) auf; daſs sie nicht beobachtet wurde, liegt daran, daſs die Tiere nicht immer lange genug leben. Erythem (und Braunfärbung) tritt beim Menschen schon nach zehn kleinen Dosen unter Umständen auf (3 X). Frühreaktion erscheint manchmal schon nach $1^1/_2$ bis 3 X in zwei bis drei Tagen. Sie hängt vermutlich nicht, wie man annahm, von einer besonderen Empfindlichkeit des Hautgefäſssystems ab, denn sie ist nach stärkeren

Dosen bei diesen Menschen auch nicht viel stärker, sondern ist eine Reaktion des Pigmentes der Haut. Idiosynkrasie gegen Röntgenstrahlen in Gestalt schwerer Ulcera nach ganz kleinen Dosen kennt der Vortragende nicht.

Diskussion: H. E. Schmidt findet Frühreaktionen besonders bei labilem Gefäfssystem (regelmäfsig bei Morbus Basedowii). Es entsteht erst das Früherythem, dann erst zur gewohnten Zeit die normale Reaktion. Spätreaktion ist eine sekundäre Reaktion, die reaktive Hyperämie infolge der Zellschädigung. Levy-Dorn hat die Frühreaktion nicht bei allen Basedowkranken gesehen.

7. Paul Richter demonstriert von ihm **modifizierte Kromayersche Stanzmesser** mit festem Griff (Hauttrepan), die nicht mit der Bohrmaschine, sondern mit der Hand geführt werden. Sie sind zu kleinen Operationen sehr geeignet, namentlich aber auch zur Blutentnahme für die Wassermannsche Reaktion an Stelle des Schröpfschneppers, zumal mit ihnen ganz unverdächtige kleine Wunden gesetzt werden können. Verfertiger: Instrumentenmacher Wurach, Berlin.

Fachzeitschriften.

Dermatologische Zeitschrift.

1910. Heft 4.

1. **Die Behandlung der Syphilis mit Arsacetin,** von Fr. Jenssen-Hamburg-St. Georg. J. hat 81 Fälle von primärer Syphilis sowie einige Fälle von sekundärer, tertiärer und hereditärer Lues mit Arsacetininjektionen behandelt; 24 von den 81 Patienten mit primärer Syphilis konnten nach Abschlufs der Kur noch weiter beobachtet werden. Aus seinen Beobachtungen zieht J. folgende Schlüsse:

1. Wir besitzen im Arsacetin ein Mittel, welches syphilitische Krankheitserscheinungen beeinflussen kann.

2. Seine heilende Wirkung übt es besonders in der Beeinflussung schwerer Krankheitsformen der Haut und Nägel aus.

3. Ein Rückgang der Drüsenschwellungen ist bei Anwendung des Arsacetin unverkennbar.

4. Es bewirkt öfters schnell einen Umschlag der Wassermannschen Reaktion vom Positiven zum Negativen.

5. Es ist anzunehmen, dafs es nur in ganz vereinzelten Fällen bei primärer Syphilis sofort eine vollständige Heilung herbeiführt.

6. Durchweg treten die sekundären Erscheinungen sehr bald nach mit Arsacetin behandelten Primäraffekten auf, anscheinend früher als bei mit Quecksilber behandelten.

7. Bei Behandlung der sekundären und tertiären Syphilis erzielt Arsacetin keine Dauererfolge.

8. Die Nebenwirkungen (Mattigkeit, Abgeschlagenheit, gastrische Störungen, Übelkeit, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Temperaturerhöhungen, Flimmern vor den Augen, Schwindelgefühl) sind unangenehm und treten in etwa 40% der Fälle auf.

9. Es kann, ohne dafs man sich nach unseren heutigen Erfahrungen dagegen schützen kann, in einzelnen Fällen zu äufserst schweren Schädigungen des Sehapparates und der Gehörfunktion kommen.

10. Bei der Gefährlichkeit des Mittels empfiehlt es sich nicht, das Arsacetin zur Behandlung der Syphilis einzuführen, es ist gegebenenfalls in ganz desolaten Fällen, in denen alle bisherige Medikation versagt hat, unter grofsen Kautelen anzuwenden.

11. Die verschiedenen Formen der Quecksilberbehandlung sind dem Arsacetin als überlegen anzusehen.

2. **Über eine noch nicht beschriebene Art menschlicher Kopfhaare, Bajonetthaare,** von Felix Pinkus. P. hat an den Haaren des Kopfes Spindelbildungen beobachtet, die bisher noch nicht beschrieben worden sind, obwohl sie bei fast allen Menschen vorkommen. Sie finden sich besonders bei beginnender Glatzenbildung in der Gegend des Hinterhauptwirbels; an den Körperhaaren sind sie viel seltener. Die Spitze solcher Haare stellt nicht einen einfachen dünnen Ausläufer dar, sondern es folgt auf eine dünne, fadenförmige Spitze eine spindelförmige Verdickung, dann verdünnt sich das Haar nochmals zu einem längeren Hals und dann kommt erst der normal gebildete Haarschaft. Die dünne Spitze ist mehrfach umgebogen und auch die Spindel ist verbogen und gedreht. Oft macht das Ende des Haares eine doppelte Knickung, die wie ein dem Gewehr aufgesetztes Bajonett aussieht, weshalb P. die Haare als Bajonetthaare bezeichnet. Die Spindel ist sehr dunkel, oft rofshaarartig glänzend. Mikroskopisch zeigt sich starke Pigmentierung, zum Teil schachbrett- oder rautenförmig angeordnet. Die Spindel besteht oft ausschliefslich aus Rindensubstanz, ganz besonders dicke Spindeln haben in ihrer Achse auch markhaltige Zellen, zuweilen sogar lufthaltiges Mark. Sehr oft sind in den Spindeln zwischen den Rindenfasern aber auch unregelmäfsige, lufthaltige Spalträume enthalten; diese Spalten deuten, ebenso wie die häufig zu beobachtende unregelmäfsige Aufblätterung der Haarkutikula auf eine Stauchung hin, die dem Haar während seines Durchtritts durch den Follikelkanal widerfahren ist. — Die Bajonetthaare finden sich in verschieden grofser Zahl; bei einem jungen Mädchen mit Hypotrichosis machten sie bis zu 16,4% aus. Unter den wenigen Menschen, bei denen P. Bajonetthaare am Körper beobachtete, waren zwei mit diffuser Ichthyosis, einer mit Keratoma palmare et plantare. Es wäre die einfachste Erklärung für die Bajonetthaarbildung, wenn man eine Durchtrittserschwerung des neugebildeten Haares, wie sie gerade bei ichthyotischer Haut besteht, annimmt. Ein ähnlicher Vorgang ist die spiralige Aufrollung der Haarspitze bei Lichen pilaris und die Aufknäuelung der Haare bei Aplasia pilorum intermittens.

3. **Stärkepaste als Vehikel nebst einigen Bemerkungen über die Scabiesbehandlung,** von H. Yamada-Tokio. Y. behandelt in der japanischen Armee die Scabies jetzt ausschliefslich mit Schwefel und benutzt als Vehikel eine aus 40—45 g Reismehl mit einem halben Liter Wasser bereitete Stärkepaste, der zur Desinfektion 2,5 g Salicylsäure oder 5 g Benzoinsäure zugesetzt werden; der Schwefelgehalt beträgt 30%. Mit dieser Schwefelstärkepaste, die sehr billig ist und auffallend jucklindernd wirkt, wird der ganze Körper einmal täglich eingerieben, während der zwei bis fünf Tage dauernden Kur wird weder die Wäsche gewechselt noch gebadet. Rezidive hat Y. nach dieser Behandlung nie gesehen; die Mannschaft wird während der Kur dem Dienste gar nicht oder nur ganz kurze Zeit entzogen.

Prädilektionsstellen der Milbengänge sind auch bei den Japanern die Interdigitalfalten, dagegen konnte Y. einen Unterschied zwischen Beuge- und Streckseiten der Extremitäten nicht finden, diese waren vielmehr immer gleichmäfsig ergriffen; Ellenbogen- und Achselgegend waren besonders selten befallen.

4. **Ein Fall von Darierscher Krankheit,** von Lipmann-Wulf-Berlin. Kasuistische Mitteilung mit einer Übersicht über die Literatur der Darierschen Krankheit und über die in den bisher publizierten Fällen erwähnten Einzelheiten, sowie mit ausführlicher Beschreibung des in dem geschilderten Falle erhobenen histologischen Befundes. *Götz-München.*

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 101, Heft 1. März 1910.

1. **Zur Kenntnis der Keratosis follicularis MORROW-BROOKE,** von FELIX LEWANDOWSKY-Hamburg. Bericht eines einschlägigen Falles bei einem 25jährigen Inder; genaue Besprechung der Differentialdiagnose gegenüber Lichen spinulosus und DARIERscher Krankheit.

2. **Der klinische Wert der WASSERMANNschen Syphilisreaktion,** von v. MARSCHALKÓ, JANCSÓ und M. CSIKI-Klausenburg. „Von einer positiven Reaktion sprechen wir nur dann, wenn das fragliche Serum mit dem doppelten Titer des Komplements vollständige Hemmung ergibt." Mit der gröfsten Wahrscheinlichkeit deutet der positive Ausfall der Reaktion auf vorausgegangene Syphilisinfektion hin; sie stellt bezüglich der Diagnose der Geistes-, Gehirn- und Nervenkrankheiten einen grofsen Fortschritt, eine wesentliche Bereicherung der bisherigen diagnostischen Hilfsmittel dar. — „Dafs die Reaktion Hand in Hand mit der fortschreitenden Infektion sich entwickelt; in ihrer Intensität durch die Therapie zu beeinflussen ist; dafs sie Schwankungen zeigt, i. e. in den Latenzperioden eventuell ganz negativ wird, um bei Auftreten von Rezidiven wiederum positiv zu werden, und dafs bei manifesten Symptomen die positive Reaktion überhaupt in gröfserer Prozentzahl gefunden wird, als in latenten Fällen: alles das sind Umstände, welche den berechtigten Schlufs zulassen, dafs die positive WASSERMANNsche Reaktion das Zeichen einer noch aktiven Syphilisinfektion des Organismus bedeutet." Darum soll die systematische Behandlung nicht eher abgebrochen werden, als bis die Reaktion längere Zeit hindurch negativ bleibt.

3. **Die Organisation der Lupusbekämpfung in der Provinz Schlesien,** von ALB. NEISSER. Die Lupusbekämpfung ist ein Teil der Tuberkulosebekämpfung; darum sind alle die Kreise mobil zu machen, die bisher die Bekämpfung der Tuberkulose sich zur Aufgabe gestellt haben. Das Wesentliche beim Lupus ist neben der sachgemäfsen, mit allen modernen Mitteln durchgeführten Behandlung der zur Beobachtung gelangten Fälle das systematische Aufsuchen der initialen Fälle. Dies ist in erster Linie Sache der praktischen Ärzte, der Impfärzte und der Schulärzte. Für die richtige Erkenntnis der Diagnose wird diesen die ausgebreitete Verwendung der diagnostischen Tuberkulininjektionen ans Herz gelegt.

4. **Rückblick auf das Schicksal von Syphiliskranken,** von F. J. PICK und V. BANDLER-Prag. Das Resultat genauer Umfragen über das weitere Schicksal der im Zeitraum von 1879—1899 in der Prager dermatologischen Klinik verpflegten luetischen Personen. Aus der überaus grofsen Zahl von Patienten kamen für diese Untersuchungen nur 2067 Kranke, deren Schicksal sich feststellen liefs, in Betracht.

In 1,3% der Fälle liefs sich Paralyse nachweisen, die in mehr als der Hälfte der Fälle 6—14 Jahre nach der Infektion auftrat und immer tödlich endigte. Tabes fand sich in 1,1%, sonstige Gehirn- und Nervenkrankheiten in etwa 1% der Beobachtungen. 1,5% gingen an Erkrankungen des Zirkulationssystems zugrunde; 3,1% an Lungentuberkulose. Die gefundenen Zahlen sind von ähnlichen, aus der Literatur zusammengestellten nicht allzu sehr verschieden.

5. **Über den Einflufs der Quecksilberkur auf das Körpergewicht,** von FELIX PINKUS-Berlin. Während der Hg-Kur kommt ein Stillstand oder eine Abnahme des Körpergewichts zustande, während die gleichen Lebensbedingungen bei nicht mit Hg behandelten Menschen eine Gewichtszunahme zur Folge haben. Nach der Hg-Kur tritt eine starke Erholung ein, die stärker ist als die der übrigen Patienten.

6. **Die klinische Verwendung der KROMAYERschen Quarzlampe bei Ekzemen,** von WERNER RAVE-Berlin. Die Quarzlampe läfst sich in der Ekzemtherapie mit Vorteil

verwenden, doch gehört dazu eine gute Indikationsstellung: Bei dem hartnäckig rezidivierenden Bläschenekzem führt die Quarzlampe zur Umstimmung des Gewebes und zur Verhütung von Rezidiven. Bei pustulösen Ekzemen, besonders behaarter Stellen, wirkt die Lampe als intensive Schälkur und verhindert Rezidive. Bei chronisch infiltrierten Ekzemen (psoriasiforme E.) wird die Infiltration beseitigt. „Für die Kombination von Röntgenbestrahlung und Quarzlampenbelichtung soll die Gruppe von Ekzemfällen reserviert bleiben, welche sich sowohl durch bindegewebige Infiltration der Haut, also chronische Veränderungen, als auch durch akut auftretende ständige Nachschübe charakterisiert. Hierbei werden die chronischen Veränderungen wesentlich durch die Röntgenbestrahlung, die akuten durch die Quarzlampe beseitigt werden."

7. **Die Angioneurosen und die hämatogenen Hautentzündungen**. Referat, erstattet auf dem XVI. Internat. mediz. Kongreſs zu Budapest, von O. Rosenthal-Berlin. „Die Angioneurosen betrachtet man am besten als eine Funktionsstörung der Vasomotoren des zentralen oder peripheren oder beider Systeme, bei der die Vasokonstriktion der Vasodilatation gleichsteht. Angioneurose und hämatogene Entzündung aber sind nicht zwei verschiedene Prozesse, sondern nur graduelle Unterschiede."

8. **Beiträge zur Lehre von der Sterilität des Mannes**, von W. Scholtz-Königsberg. Sch. ist durchaus der Überzeugung, daſs bei der Sterilität des Mannes blennorrhoische Infektionen in der Tat eine groſse Rolle spielen, glaubt aber, daſs ihre Bedeutung von manchen Autoren etwas überschätzt und andere ursächliche Momente unterschätzt werden. Bei einer Anzahl auf die Potentia generandi untersuchter Patienten fand sich in etwas über einem Viertel der Fälle Azoospermie. Dieselbe konnte nur in einigen wenigen Fällen auf frühere blennorrhoische oder luetische Infektion zurückgeführt werden. Einige Male bestand Atrophie der Hoden infolge lokaler pathologischer Veränderungen (doppelseitiger Kryptorchismus usw.). In der groſsen Mehrzahl war keine genügende Ursache zu finden; vielleicht spielte frühere starke Masturbation eine gewisse Rolle.

9. **Über den Desinfektionswert der Seifen, mit besonderer Berücksichtigung des Alkaligehaltes und der Zusätze von Riechstoffen**, von W. Scholtz und A. Gelarie-Königsberg. Experimentelle Versuche mit verschiedenen Seifen und Zusätzen zu diesen haben ergeben, daſs keine Seife, auch nicht die sogenannten neutralen Seifen in Lösung frei sind von Alkali; daſs die bakterizide Wirkung gewisser Seifen nicht abhängig ist von dieser geringen Alkalimenge, sondern vermutlich beruht auf der Summation und gegenseitigen Verstärkung mit der antiseptischen Wirkung der Seifensubstanz selbst. Ebenso findet die Steigerung der antiseptischen Wirkung durch zugesetzte Riechstoffe in höherem Maſse statt, als der bakteriziden Wirkung dieser Riechstoffe an und für sich entsprechen würde. Dieses Verhalten der Riechstoffe (in erster Linie Vanillin, Heliotropin und besonders Terpineol) ist um so eigenartiger, als der Desinfektionswert der gebräulichen Antiseptika (Sublimat, Sublamin, Karbol) beim Zusatz zu Seifen meist erheblich herabgesetzt wird.

10. **Über den therapeutischen Wert von Atoxyl und Arsacetin bei der Behandlung der Syphilis**, von H. Sowade-Bonn. Da schon kleine Dosen von Atoxyl die schwersten Folgen gehabt haben, ist von der Anwendung desselben abzusehen. Auch bei der Verwendung von Arsazetin ist in der Bonner dermatologischen Klinik ein Fall von Amaurose zur Beobachtung gelangt. Arsazetin ist zwar imstande, syphilitische Symptome zu beseitigen, ganz besonders die der tertiären und malignen Lues, hält aber Rezidive nicht auf; Hg wirkt in der gröſsten Mehrzahl aller Fälle zweifellos sicherer und nachhaltiger. Arsazetin ist darum nur dann zu empfehlen, wenn Idiosynkrasie oder refraktäres Verhalten gegen Hg die Anwendung eines anderen Mittels notwendig machen.

11. **Zur Kasuistik der Boeckschen Sarkoide**, von Otto Urban-Breslau. Affektion des Gesichts bei einem 13jährigen Knaben; negativer Ausfall der Tuberkulininjektion. Bezüglich der Zugehörigkeit der Erkrankung zur Tuberkulose möchte sich Verfasser der Meinung von Kreibich und Kraus anschliefsen, dafs es zwei verschiedene Formen der Krankheit gibt, die sich durch ihre Zugehörigkeit oder Nichtzugehörigkeit zur Tuberkulose charakterisieren und demnach scharf zu trennen sind.

12. **Über die Beeinflussung der Hautzirkulation durch intern eingeführte Arzneimittel**, von Ferdinand Winkler-Wien. Nachprüfung der Versuche von Piotrowski; Tierversuche, deren Anordnung im Original einzusehen ist.

13. **Über einen Fall von Naevus epitheliomatosus sebaceus capitis**, von M. Wolters-Rostock. Eingehend mitgeteilte histologische Untersuchungen eines eigenartigen Falles.

Heft 2 und 3. April 1910.

1. **Beitrag zur Kenntnis der Rattenkrätze**, von L. Ascher-Heidelberg. Unter den Rattenbeständen des Instituts für Krebsforschung in Heidelberg trat eine Krankheit auf, die neben schuppenden Effloreszenzen, Borkenbildung und papillomatösen Wucherungen auch zu Kachexie und in einzelnen Fällen zum Tode führte. Als Ursache liefs sich eine der menschlichen Krätzmilbe ähnliche Sarkoptesart nachweisen, deren Übertragung auf andere Ratten und auf Menschen (nicht aber auf Mäuse) nachgewiesen werden konnte.

2. **Systematisierter Naevus mit strichförmigem Verlaufe in der Medianlinie. Sclérodermie en bande und lichenoides Ekzem in einer Voigtschen Grenzlinie**, von Fritz Callomon-Bromberg. Kasuistik, die einen Beitrag bringt zur Bereicherung des Naevusliniensystems, wie es Blaschko in seinem Atlas (1901) aufgestellt. An der Stirn eines 18jährigen Mädchens findet sich ein scharfbegrenzter, plateauartig erhabener, papillomatös-verruköser Naevus, der schmale, leistenförmige Fortsätze nach oben und nach unten sendet, die geradlinig und genau in der Mittellinie nach oben bis zur Haargrenze, nach unten über Nasenwurzel und -rücken bis zur Spitze sich erstrecken. Deutlich ist die Oberhautfelderung auch innerhalb der Naevusmassen in der Anordnung der einzelnen papillomatösen Felder gewahrt.

Bei einer zweiten Patientin fand sich auf der rechten Seite des Thorax ein unter der Haut palpabler keloidähnlicher Strang, dessen Verlauf genau der Voigtschen Grenzlinie zwischen den Verästelungsgebieten der Nervi cutanei pectoris anteriores und Nervi cutanei pectoris laterales entsprach.

In einem dritten mitgeteilten Falle folgte ein lichenoides Ekzem genau der Voigtschen Grenzlinie zwischen dem Gebiete des Nervus peroneus sup. auf der einen, des Nervus saphenus major und Nervus tibialis posticus auf der anderen Seite.

3. **Zweiter Beitrag zur chemischen Untersuchung des Blutes rezent luetischer Menschen**, von Rudolf Winternitz-Prag. Der Eiweifsgehalt des Blutes (Serum und Plasma) zeigt bereits in der zweiten Inkubationsperiode der Syphilis eine leichte Steigerung. Im Stadium der Exantheme lassen bis dahin unbehandelte Fälle und zwar namentlich solche mit reichlich ausgebildeten papulösen Effloreszenzen ein weiteres Ansteigen des Eiweifsgehaltes nachweisen. Bei gummöser Lues sind nicht konstante Verhältnisse vorhanden.

4. **Über den Befund eines proteolytischen Fermentes in der Crusta lactea infantum** (eine vorläufige Mitteilung), von Fr. Šamberger-Prag. Verfasser hat in den Krusten der Crusta lactea infantum ein proteolytisches Ferment nachweisen können (die Anordnung der Versuche ist im Original einzusehen), das er für eine der wichtigsten Ursachen hält, warum das Liegenlassen der Krusten an den erkrankten

Partien der Haut ein Hindernis bildet bei der Behandlung und warum die Kruste, wenn sie nicht entfernt wird, kriechend sich vergrößert. Wichtig erscheint dabei der Nachweis, daß die Reaktion der Kruste selbst sowie ihrer Unterlage stets alkalisch ist, und daß das Ferment zur Entfaltung seiner Wirkung keiner erhöhten Temperatur bedarf. Bei saurer Reaktion verliert das Ferment seine Wirksamkeit; dementsprechend hat die Applikation saurer Salben (hergestellt aus 15 % Stearin in Axungia porci benzoata) ausgesprochenen Heilungseffekt gezeigt.

5. **Beobachtungen über die Bewegungen der Pigmentzellen**, von Ferdinand Winkler-Wien. Die Untersuchung unter dem Mikroskop zeigt, daß sowohl an der Schwimmhaut des Wasserfrosches wie an der allgemeinen Hautdecke des Laubfrosches die Pigmentzellen sich unter dem Einflusse des elektrischen Reizes ändern, und zwar abhängig von der Art des elektrischen Reizes. Unter dem Einflusse des galvanischen Reizes findet eine Pigmentexpansion statt, bei Faradisation (wie auch Röntgenisation) eine Pigmentballung.

6. **Psoriasis vulgaris der Handteller**, von G. Piccardi-Turin. Mitteilung von sechs Fällen, an denen die Symptomatologie und Histopathologie der Erkrankung bei dieser Lokalisation erläutert wird. Bemerkenswert ist, daß kein Patient eine Form von sehr diffuser Psoriasis an anderen Körperstellen zeigte; es handelte sich meist um ein an den Prädilektionsstellen hier und da zerstreutes Element. Ätiologisch erscheint in allen Fällen eine mechanische Irritation erwähnenswert. — Besprechung der Differentialdiagnose.

7. **Eine neue Mykose: Die Hemisporose**, von de Beurmann und Gougerot-Paris. Die Sporotrichose, die seit ihrer Entdeckung durch de Beurmann in bereits mehr als 100 Fällen zur Beobachtung gelangt und beschrieben worden ist, hat den Anstoß gegeben zu genauen bakteriologischen Untersuchungen bei Dermatosen unbekannter oder zweifelhafter Art. Dadurch sind wiederum einige neue Mykosen festgestellt worden; so durch Gougerot und Caraven die „Hemisporose“, verursacht durch Hemispora stellata. Bisher sind drei Fälle dieser Hemisporose bekannt geworden, die kurz berichtet werden; ein einheitlicher Symptomenkomplex läßt sich klinisch aus ihnen noch nicht ableiten, die Diagnose kann sich blos auf den bakteriologischen Befund gründen. Die Art des Vorgehens bei der bakteriologischen Untersuchung und die kulturellen und morphologischen Besonderheiten der neuen Mykose werden eingehend geschildert.

8. **Über Naevus anaemicus**, von Robert Stein-Bern. Mitteilung von fünf Fällen; histologische und andere Untersuchungen. „Die Naevi anaemici sind durch auffallend geringen Blutgehalt der Haut blasse, höchstwahrscheinlich auf kongenitaler Basis entstehende Flecke, in deren Bereich auf alle möglichen Reize Hyperämie gar nicht oder in verminderter Weise auftritt, respektive nach dem Auftreten auffallend schnell verschwindet, während urtikarielle und entzündliche Prozesse normal ablaufen.“

9. **Beitrag zur Klinik und Pathogenese der exfoliativen Erythrodermien**, von R. Polland-Graz. Bei einem früher anscheinend gesunden 16jährigen Mädchen entwickelt sich aus im Gesicht beginnenden roten Flecken eine über die ganze Körperhaut ausgebreitete stark entzündliche Rötung und hochgradige Abschuppung, die ohne wesentliche Veränderung fast zwei Jahre bestehen bleibt und zum Ausfall der Haare und teilweise auch der Nägel führt. Das im Beginn wenig alterierte Allgemeinbefinden wird allmählich schlechter; im Anschluß an eine Pleuritis tritt eine allgemeine Tuberkulose auf, die zum Tode führt. Die Obduktion ergibt eine ausgebreitete Miliartuberkulose der meisten Organe.

10. **Zur Kenntnis einer Spezies strichförmiger Hauterkrankungen (Dermatosis linearis lichenoides)**, von Oskar Kirsch-Wien. Eingehende Mitteilung

eines in Einzelheiten etwas ungewöhnlichen Falles, dem aus der Literatur ein paar ähnliche zur Seite gestellt werden.

11. **Warum ist die Ansicht vom amerikanischen Ursprung der Syphilis jetzt die vorherrschende?** Von Paul Richter-Berlin. Zusammenfassung der in den letzten Jahren für die Geschichte der Syphilis zusammengetragenen Tatsachen.

W. Lehmann-Stettin.

Dermatologisches Centralblatt.

April 1910.

1. **Zinkperhydrol bei der Behandlung von Ulcus molle,** von Müllern-Aspegren-Stockholm. Die beste Behandlung des weichen Schankers ist die Pulver- oder Trockenbehandlung nach Umwandlung des virulenten Geschwürs in ein avirulentes durch entsprechende Ätzung. Diese nimmt M. fast ausschliefslich vor mit Zinkchlorat.-Spirit. [illegible] usw. Im Anschlufs daran legt der Patient selbst zwei- bis dreimal täglich in recht dicker Lage als Streupulver Zinkperhydrol Merck auf. Eine Wiederholung der Ätzung hat sich danach weniger häufig nötig gemacht und die Reinigungszeit des Geschwürs ist eine kürzere gewesen als nach Jodoformogen, Europhen und Calomel.

2. **Über Phimosenoperationen,** von Franz Fischer-Berlin. Die von Gerson empfohlene Modifikation der Phimosenoperation (*Ther. d. Gegenw.*; Okt. 1909) ist angebracht in denjenigen Fällen, in denen ein Schnürring des inneren Blattes die Ursache für die Phimose ist, vorausgesetzt, dafs es gelingt, das äufsere Vorhautblatt soweit zurückzustreifen, dafs der Schnürring des inneren Blattes sichtbar gemacht werden kann. *W. Lehmann-Stettin.*

The British Journal of Dermatology.

April 1910.

Xanthoma tuberosum multiplex mit Veränderungen im Herzen und in den Sehnenscheiden, von R. Cranston Low-Edinburg. Bei dem 11jährigen Mädchen, das keinerlei Erscheinungen von Gelbsucht, keine Eruption im Gesicht, Nacken und Rumpf hatte, zeigten beide Hände runde, vom Ring- und Mittelfinger beiderseits vorspringende Schwellungen, über welchen die Haut gerötet und frei beweglich war. Diese Schwellungen bewegen sich mit den Sehnen und hängen mit ihren Scheiden zusammen; ähnliche Schwellungen waren auch an beiden Ellenbogen vorhanden. Am Gesäfs beiderseits, am rechten Oberarm, über der rechten Kniescheibe und dem rechten Fufsgelenk und Fufsrücken safs eine Anzahl gelblicher, zirkulär angeordneter, warzenartiger Gebilde. Die Leber ist etwas vergröfsert, keine Lymphdrüsenschwellung vorhanden, der Urin enthält weder Zucker noch Eiweifs. Über dem Herzen ist ein lautes systolisches Geräusch vernehmbar. Die histologische Untersuchung der Haut- und Sehnenscheiden-Affektionen zeigte ganz die gleiche Struktur: beide sind aus fibrösem Maschenwerk, in welchem Massen von eine Fettsubstanz enthaltenden Zellen (Xanthomzellen) liegen, zusammengesetzt. L. hebt als von speziellem Interesse und seltene Koinzidenz im vorliegenden Falle die Sehnenscheiden-, Herz- und möglicherweise auch Leberveränderungen hervor. Mit (8) Abbildungen und Literaturangaben.

Klinischer Bericht über einen Fall von Pemphigus vegetans, von W. J. Rutherfurd-Glasgow. Der Fall, welcher tödlich endete, betraf eine 46jährige Frau, die angab, dafs die Krankheit etwa drei Monate vorher mit einer an der Wangenschleimhaut entstandenen Blase begann, die Gaumen einen weifslichen Belag bekommen hätten und wund geworden seien; es trat auch hochgradiger Speichelflufs ein. Die

erste Hautveränderung war sodann an der Streckseite des linken Ellenbogens in Gestalt von drei Blasen, die später konfluierten und zu einer oberflächlichen Ulceration wurden, aufgetreten. Auf der rechten Schulter und in der Achselhöhle derselben Seite, am Nacken, Mons veneris und unteren Bauchseite hatten ähnliche Geschwüre sich gebildet und Vulva, Perineum und perianale Gegend stellen schliefslich eine Masse oberflächlicher Ulceration und blumenkohlartiger Gewächse, ausgedehnten Condylomen ähnlich, dar. Die Hauteruptionen verursachen Brennen und Jucken und zwar besonders Nachts. Eine besonders erwähnenswerte Begleiterscheinung des Leidens war eine phlyktänuläre Conjunktivitis, was R. einer Art Fernwirkung von Toxinen zuschreibt. Trotz energischer lokaler und Allgemeinbehandlung trat keine Besserung ein, Patientin wurde immer schwächer und starb nach etwa 17 wöchentlicher, also relativ kurzer Dauer der Krankheit. R. hatte Gelegenheit, hernach noch lange Zeit (1½ Jahre) die Familie zu beobachten, fand aber keinerlei Erscheinungen von Syphilis. *Stern-München.*

The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

April 1910.

Das elastische Gewebe der Haut, von CHARLES J. WHITE-Boston. (Fortsetzung folgt.)

Einige Betrachtungen über einen Fall von Erythroderma squamosum (Parapsoriasis), von R. RAVOGLI-Cincinnati. Der von R. beobachtete Fall betraf einen 87 jährigen, kräftig gebauten Mann, der bereits im Jahre 1905 eine Haut-eruption auf der Stirne in Form kleiner, mit Schuppen bedeckter Papeln hatte, welche dann auf behaartem Kopf und Gesicht sich ausbreitete und allmählich beide Arme an den Streckseiten und schliefslich Hüften und Beine befiel und mit etwas Jucken begleitet war. Nach vorübergehender Besserung stellte sich zwei Jahre später ein Rückfall des Hautleidens ein, wobei der Körper in verschiedenen Herden befallen wurde. Das Gesicht war bedeckt mit kleinen roten, gruppenweise angeordneten, an manchen Stellen nahezu konfluierenden Papeln, über welchen Massen von weifslichen, schmutzigen, schmierigen Schuppen lagern; die bärtigen Teile des Gesichts bildeten auch eine Masse von Schuppen, welche leicht entfernt werden konnten und darunter Papeln zeigten. Vom Gesicht breitete sich der Ausschlag nach vorne und hinten gegen den Nacken zu aus, die Arme waren an den Streckflächen hochgradig befallen und die Eruption, aus kleinen, haufkorngrofsen, runden oder ovalen konfluierenden Papeln bestehend, erstreckte sich in Plaques über die Rückenfläche der Hände. Die Fingernägel waren hochgradig mitergriffen, sie hatten ihr glänzendes Aussehen verloren, waren brüchig und in trockene, dicke Massen verwandelt. Bauch, ebenso wie Brust zeigten nur vereinzelte, mit Schuppen bedeckte Papeln, Ober- und Unterschenkel hingegen waren mit dicken, schmutzig-weifslichen Schuppenmassen, welche beim ersten Anblick rupiaartig waren, bedeckt. Die Zehennägel in ähnlicher Weise affiziert, wie jene der Finger. Subjektive Symptome waren nicht, weder Brennen noch Jucken, vorhanden, das Allgemeinbefinden und Schlaf gut. Das ganze pathologisch-histologische Bild dieses Hautleidens besteht in Kongestion der Blutgefäfse, perivaskulärer Zellinfiltration, Ödema, veränderter Ernährung der Epidermis und als weiterer Folge Exfoliation der Hornschicht; der Prozefs ist also auf Epidermis und obere Dermalage beschränkt, worin die meisten Autoren bezüglich der Histopathologie des Erythroderma übereinstimmen. Die Ätiologie des Leidens ist völlig in Dunkel gehüllt, irgendwie parasitäre Elemente sind nicht gefunden worden, ebensowenig wie antiparasitäre Mittel von Einflufs auf die Affektion sind. Differentialdiagnostisch kommt

außer Psoriasis, Lichen ruber planus, Pityriasis rosea, Herpes tonsurans vor allem Lues (lichenoides Syphilid) in Betracht. Das einzige Mittel, mit welchem im vorliegenden Falle Besserung erzielt wurde, war 10%ige Lösung von Acidum cacodyl., jeden zweiten Tag subcutan injiziert, lokal war eine Resorcin-Salicylsäuresalbe von Vorteil; die Besserung hielt jedoch nicht lange an und es trat ein Rückfall ein, der schlimmer als die vorhergehenden Hauteruptionen war. Schließlich möchte sich R. der Ansicht von Civatte, daß die Tuberkulose bei diesem Hautleiden eine Rolle spiele und dasselbe vielleicht unter die Klasse der Tuberkulide zu rangieren sei, nicht ganz verschließen. Mit (5) Abbildungen.

In der anschließenden Diskussion (auf der 33. Jahresversammlung amerikanischer Dermatologen, 3. bis 5. Juni 1909) hoben alle Redner die Seltenheit der Affektion und die Schwierigkeit, sie zu diagnostizieren, hervor, James Nevin Hyde empfahl in jedem Fall, wo man Verdacht auf tuberkulöse Natur einer Affektion schöpft, die Tuberkulin- und bei Verdacht auf Syphilis die Wassermannsche Probe vorzunehmen; bei genügend langer Beobachtungszeit könnte dann wohl in jedem Falle die Diagnose gesichert werden.

Betrachtungen über einige der selteneren Dermatosen, von William B. Trimble-New York. T. beschreibt zwei Fälle von Fibroma molluscum (Mutter und (Tochter), einen von Elephantiasis (bei einem 35jährigen in Amerika geborenen Mann und einen von Mykosis fungoides im vorfungösen Stadium und hebt als besonders erwähnenswert bei diesen Fällen hervor: 1. Die Multiplizität der Veränderungen in dem ersten Falle von Fibroma (beinahe über den ganzen Körper verbreitet) und die Tatsache, daß das Hautleiden bei der (19jährigen) Tochter vor jenem der Mutter (47jährigen) aufgetreten ist, 2. das Vorkommen eines wirklichen Falles von Elephantiasis bei einem Patienten, der immer nur in New York und dessen Umgebung gelebt hat, und 3. die lange Dauer des Vorstadiums (25 Jahre hindurch), wie es bis jetzt noch in keinem Falle von Mykosis fungoides veröffentlicht worden ist. Mit 4 Abbildungen.

Ein Fall von Keratosis palmaris et plantaris mit Alopecia, von James Dunn. Diese seltene Affektion wurde im Emigranten-Spital auf Ellis-Island bei einem 26jährigen eingewanderten Kroaten, der vorher als Landarbeiter etwa 50 Meilen östlich von Fiume beschäftigt war, beobachtet. Über Handteller und Fußsohlen war ausgesprochene Hypertrophie der Epidermis, sich noch auf die Beugeseite der Vorderarme und der Knöchel erstreckend, vorhanden, die Nägel beider Hände und Füße waren verdickt, deren Enden eingerissen, es bestand ausgesprochene Hyperidrosis an Händen und Füßen. Die Augenbrauen und -wimpern fehlten vollständig, ebenso die Haare in der Achselhöhle, an der Schamgegend und an den Schläfen, im Gesicht waren einige wenige Lanugohärchen vorhanden. Die Epidermis war an den übrigen Körperstellen eine normale. Patient hatte keinerlei Beschwerden von diesem Zustand außer der vermehrten Schweißabsonderung und konnte alle Arten Arbeit verrichten. Untersuchung von Herz und Lungen ergaben negativen Befund und Patient erklärte, niemals ernstlich krank gewesen zu sein. Mit 4 Abbildungen. *Stern-München.*

Sexual-Probleme.

Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik.

Februar 1910.

Die Sexualhygiene des Mannes in Beziehung auf ansteckende Krankheiten und funktionelle Störungen, von R. Kafemann. Die Hygiene des Geschlechtslebens hat schon in der Schule zu beginnen. Wichtiger als moralisierende Vorträge

der Schulaufklärungsärzte sind Vorführungen bildlicher und plastischer Darstellungen der durch die venerischen Erkrankungen gesetzten Veränderungen. Eindrücke der Kindheit, die bestimmend für das ganze Leben sind, können zahlreiche venerische Unglücksfälle verhüten. Anatomische Schaustellungen, wie sie die Moulagensammlung der D. G. B. G. ermöglicht, sind daher als grofser Fortschritt zu begrüfsen. Als mächtige Helfer in der Bekämpfung der Geschlechtskrankheit sieht Autor die prophylaktischen Mafsnahmen an, insbesondere den durch CHLUMSKY empfohlenen Phenolkampher: 20—30%ige Lösungen in einem Gemenge von Schweineschmalz und Eucerin mit Zusatz von Zedernöl, Propräsin, Perubalsam und Heliotropin. (Fortsetzung folgt.)

Arthur Schucht-Danzig.

American Journal of Dermatology and Genito-Urinary Diseases.

Band XIV, Nr. 3.

1. **Der klinische Wert der WASSERMANNschen Reaktion für die Diagnose und für die Behandlung der Syphilis,** von JAMES J. SNIPES-Lincoln. Zusammengedrängte Literaturrevue.

2. **Die gewöhnliche Alopecie. Ihre Ursache und ihre Behandlung,** von DELOS L. PARKER-Detroit. Der Verfasser will im Jahre 1901 als Ursache der Alopecie ein im Blute kreisendes Gift das Trichotoxin festgestellt haben; dementsprechend nützt eine lokale Behandlung nach seiner Ansicht nichts; er empfiehlt vor allem richtige Atmungsbewegungen und hygienische Bekleidung.

3. **Die Behandlung des Ekzem und der Psoriasis mittels Röntgenstrahlen und mittels hochfrequenten Strömen,** von NOBLE M. EBERHART-Chicago. E. zeigt an acht Krankheitsgeschichten seine guten Erfolge.

4. **Einige Hautkrankheiten in Siam,** von PAUL G. WOOLLEY-Bangkok. Aufser harmlosen und prognostisch gutartigen Hautleiden kommen Framboesie, Lepra, Syphilis und Filariasis häufig vor.

5. **Die Tuberkulose als Excitans für geschlechtliche Excesse,** von CARL VON RUCK-Asheville. Auf Grund mannigfacher eigener Beobachtungen und in Übereinstimmung mit einer Anzahl anderer Autoren stellt der Verfasser fest, dafs die Tuberkulose keine Ursache für aufserordentliche sexuelle Erregbarkeit bildet.

6. **Onanie bei Mann und Weib,** von FREDERIC R. STURGIS-New York. Nichts Neues.

7. **Ein Fall von Erythema nodosum,** von OTTO LERCH-New Orleans. Kasuistik.

8. **Revue über die Mittel zu Injektionen, Instillationen und Irrigationen,** von HENRY G. SPOONER-Boston. *Schourp-Danzig.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Blennorrhoe bei Frauen, von A. J. LOVE-New York. (*Med. Record.* 17. April 1909.) In erster Linie Besprechung der Sterilität als wichtigster Konsequenz der Blennorrhoe. Verfasser glaubt, dafs auch die Vulvovaginitis kleiner Mädchen oft die Ursache späterer Sterilität sei, da der Gonococcus die Entwicklung der Genitalorgane störe, so dafs sich häufig bei diesen Kindern ein infantiler Uterus und undurchgängige Tuben finden. *W. Lehmann-Stettin.*

Über eine Blennorrhoeendemie bei Schulkindern in einem Solbade, von P. Bendig - Stuttgart. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 36.) Diese ebenso betrübende wie beachtenswerte Beobachtung betraf 15 Mädchen im Alter von 7 bis 13 Jahren, Kinder aus der Volksschule, welche zu ihrer Erholung in ein Solbad geschickt worden waren. Nachträglich wurde festgestellt, daſs die Infektion von einem achtjährigen Mädchen ausging, das schon viel früher ähnlich erkrankt gewesen zu sein angab. Weiteres Nachforschen und namentlich die Untersuchung der Angehörigen ergaben allerdings ein negatives Resultat. Die Übertragung auf die 14 anderen Kinder lieſs sich mit ziemlicher Exaktheit auf die Benutzung gemeinsamer Badetücher und das Baden zu zweit oder auch zu dritt in demselben Badewasser zurückführen. Die alsbald dem Krankenhause überwiesenen Fälle zeigten einen zum Teil äuſserst hartnäckigen Verlauf und dauerte bei dem am längsten behandelten Kinde 279 Tage. Neben der sonst üblichen Behandlung erwies sich zur Beseitigung der Urethritis das Einlegen von speziell angefertigten 8 mm dicken und 4 cm langen, mit 10%igem Protargolglycerin getränkten Baumwollfaden in die Harnröhre als sehr nützlich. — Diese Erfahrung hat aber Anlaſs gegeben, behördlicherseits spezielle Vorschriften für die Beobachtung und zum Schutze der Kinder in den Ferienkolonien zu formulieren.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Gefahren bei Operationen an Blennorrhoikern, von J. T. Rugh-Philadelphia. (*Therap. Gazette.* Sept. 1909.) Der Chirurg sollte bei Tripperkranken oder Patienten, die eben einen solchen überstanden, sich jede Operation an einem Körperteile, der auf metastatischem Wege blennorrhoisch infiziert werden kann, ernstlich überlegen und nur unter ganz dringenden Umständen vornehmen, jedenfalls aber jeden Eingriff nicht nur aseptisch, sondern vor allem antiseptisch, am besten mit einem gonokokkentötenden Mittel behandeln. Verfasser berichtet zwei Fälle, die ihm in dieser Hinsicht zur Warnung gedient haben: im ersten Falle, einem Patienten von 53 Jahren, wurde die Resektion eines Kniegelenkes vorgenommen, das seit fünf Jahren an stets rezidivierender blennorrhoischer Arthritis erkrankt und funktionsunfähig geworden war, so daſs Patient seit längerer Zeit an Krücken gehen muſste. Am vierten Tage begann unter Temperatursteigerung und Schmerzen das ganze Bein enorm anzuschwellen und allgemein septische Symptome sich einzustellen, die eine Woche lang sehr bedrohlich waren; der Patient kam schlieſslich durch und lernte auf seinem steifen Bein gut gehen. Trotzdem eine mikroskopische oder bakteriologische Untersuchung des Wundsekretes, das dauernd eigentümlich serös war, nicht vorgenommen wurde, glaubt Verfasser, daſs die Reaktion auf die alte Infektion zu beziehen ist, und nicht als sekundäre Wundinfektion angesehen werden kann.

Im zweiten mitgeteilten Falle wurde eine blutige Reposition einer Hüftgelenksluxation ausgeführt bei einem jungen Menschen, dessen blennorrhoischer Ausfluſs eben sistiert hatte: auch hier Schwellung, Eiterung, hohes Fieber und typhusähnlicher Allgemeinzustand; nach Rekonvaleszenz Rezidiv mit hohem Fieber und multipler Absceſsbildung. Auch hier wird aus der eigentümlichen „sahne"artigen Beschaffenheit des Eiters, aus der groſsen Hartnäckigkeit und der schweren Allgemeinreaktion auf metastatische Blennorrhoe geschlossen, trotzdem in keinem Stadium der Erkrankung eine Untersuchung vorgenommen worden war. *W. Lehmann-Stettin.*

Die Bedeutung unwillkürlicher Muskelkontraktionen und deren Abhängigkeit vom Atropin für die Pathologie und Therapie der Blennorrhoe des Mannes, von Carl Schindler-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 37.) Schindler hat bereits früher über die Bedeutung der Autokontraktionen sowohl des Uterus für die weibliche als des Vas deferens für die männliche Blennorrhoe gearbeitet. Er untersuchte neuerdings sowohl am lebenden Tier als am überlebend erhaltenen, in

toto situ herausgeschnittenen Sexualapparat unter Benutzung eines von ihm angegebenen Thermostaten die automatischen und die reflektorischen Muskelkontraktionen des Sexualapparates. Durch die interessanten Versuche wird erwiesen, dafs trotz vielfacher bekannter Beziehungen zu dem Zentralnervensystem, welches motorische und hemmende Impulse abgibt, die gesamten Sexualorgane doch auch autonom sind und in letzter Linie von ihrem peripheren Zentrum, dem Plexus hypogastricus regiert werden. Dieses Zentrum ist nicht nur Reflexzentrum, sondern auch die Kraftquelle, welche den Organen die Impulse zu selbsttätigen rhytmisch-automatischen Bewegungen zuführt.

Die Massage der Prostata im akuten Stadium der Prostatitis verwirft Schindler, da die noch lokalisierten Gonokokken teils rein mechanisch, teils durch Aspiration im Moment der Erschlaffung des Colliculus seminalis über die ganze Prostata verbreitet werden. In Übereinstimmung hiermit beobachtete Heller im Urethroskop während der Prostatamassage unter mächtigem Hervorströmen des Sekrets lebhafte Eigenbewegungen des Colliculus seminalis.

Deshalb verwirft Schindler selbst die probatorische Expression im akuten oder subakuten Stadium. Nur Abscesse und erweichte Stellen, die sich nicht resorbieren, soll man ausdrücken. Auch am Schlufs der Behandlung ist eine leichte Massage zwecks Resorption von Infiltraten der Prostata von Nutzen.

Der gröfste Wert ist zu legen auf Ruhigstellung der automatischen und reflektorischen Muskelbewegungen des Sexualapparates durch Gaben von Atropin in Form von Stuhlzäpfchen, zweimal täglich à 0,001 oder dreimal täglich à 0,00075 Atropin, vom ersten Tage der Blennorrhoebehandlung an. Ein um das andere Mal untersucht er die Prostata ohne zu massieren; bei Schwellung setzt er den Zäpfchen Jodkalium 0,1—0,25 zu. Bei Urethritis posterior setzt er der antiseptischen Instillationsdosis 1 ccm einer 1%igen Atropin. sulfur.-Lösung zu, um Prostata und Colliculus seminalis noch stärker zu atropinisieren.

Im Gegensatz zu dem konservativen Verhalten gegenüber der Prostata geht Schindler endourethral sehr aktiv vor. Vor Argentum nitricum in stärkeren Konzentrationen wird gewarnt. Für Guyonsche Instillationen wird Protargol ¼—1—2% verwandt. *Arthur Schucht-Danzig.*

Akute, kryptogenetische Polyarthritis blennorrhoica, von O. Mayer-Nürnberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 49.) Unter dem Bilde einer genuinen, rheumatischen Polyarthritis erkrankte ein 20jähriger Soldat. Die mehrere Wochen lang fortgesetzte klinische Beobachtung ergab keine Zeichen einer blennorrhoischen Urethritis, aber in dem Sekret des wegen drohender Abscedierung inzidierten kleinen Fingers wurden zweifellose Gonokokken gewonnen und in Kulturen nachgewiesen. Auch an dem Blutserum wurde sonst noch das Vorhandensein einer Gonokokkeninfektion bakteriologisch nachgewiesen. Auf Grund dieser Untersuchungen erklärt Verfasser den Fall als eine durch allgemeine Infektion mit Gonokokken (mit Überspringen resp. minimaler Affektion der als Eingangspforte dienenden Urethralschleimhaut) entstandene Affektion. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die blennorrhoische Gelenkentzündung und ihre Behandlung mit Stauungshyperämie, von Wilhelm Baetzner-Berlin. (*Reichs-Med.-Anzeig.* 1910. Nr. 6 u. 7.) Der Verfasser gibt der Behandlung mittels Stauungshyperämie den Vorzug vor allen anderen; für die Frage der Leistungsfähigkeit der Methode sind für ihn zwei Faktoren von ausschlaggebender Bedeutung: die Schnelligkeit der Ausheilung und die erhaltene Gelenkfunktion. Beides wird durch die Stauungstherapie aufs beste erreicht.

Schourp-Danzig.

Zur Behandlung der blennorrhoischen Arthritis mittels Vaccine, von J. McOscar. (*Lancet.* 20. Nov. 1909.) Kurzer Bericht über einen gegen andere Behandlung sich refraktär erweisenden Fall, welcher auf zweimalige Injektion von Antigonokokkenvaccine (25 resp. 10 ccm) im Verein mit Jodpinselungen, elektrischen Heifsluftbädern und Massage in etwa zwei Wochen schon zur Heilung gelangte.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Biersche Stauung bei der blennorrhoischen Coxitis, von L. Della Valle. (*Boll. d. R. Acc. d. Genova.* Sept.-Dez. 1909.) Die Anwendung der Bierschen Stauung bei der blennorrhoischen Coxitis scheiterte bisher an der Schwierigkeit der Applikation derselben am Hüftgelenk. Der Autor ging derartig vor, dafs er bei einem 27jährigen Mädchen eine elastische Binde in mehreren Touren in Nabelhöhe zirkulär um das Abdomen anlegte. Anfangs liefs er sie eine halbe, später mehrere Stunden liegen und erzielte damit eine baldige Abnahme der Schmerzhaftigkeit und des Fiebers. Bereits am 13. Tage konnte das Glied aktiv bewegt werden und die hinzutretende Menstruation, welche ein Aussetzen der Behandlung nötig machte, unterbrach nur für kurze Zeit den Heilungsverlauf. *Gunsett-Strafsburg.*

Die blennorrhoischen Myositiden, von Chauffard und Fiessinger. (*Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.* 1909. Nr. 1, referiert in *Morgagni.* 29. Aug. 1909.) Ein 20jähriger Mann bekommt am 22. Tage seiner Blennorrhoe ohne Fieber eine schmerzhafte Schwellung des linken Oberarms. Einige Tage vorher hatten sich Arthropathien des Schultergelenks und der Articulatio metacarpo-phalangea eingestellt. Hauptsächlich war der Biceps betroffen. Durch einen Einschnitt wird eine seropurulente Flüssigkeit zwischen Biceps und Brachialis internus entleert, welche abundant wachsende Gonokokken enthielt. Es sind in der Literatur nur fünf Fälle bekannt, welche ganz benign verliefen und sich ohne chirurgischen Eingriff resorbierten. Die übrigen führten zur Suppuration. Dieser verschiedenartige Verlauf veranlafste die Autoren, durch das Experiment zu untersuchen, ob vielleicht das Gonotoxin nur für die Koagulation der Fibrillen, die Gonokokken selber für die Eiterung verantwortlich gemacht werden müssen. Nach Injektion von Gonokokkenemulsion in Muskeln des Kaninchens stellten sich schon nach kurzer Zeit Veränderungen ein: Verdickung und Schwellung der Muskelfasern. Doch waren die Läsionen sehr unregelmäfsig. Es fanden sich immer zwischen Fibrillen im Stadium der Degeneration auch ganz gesunde. Die Verdickung der Fasern geht mit Verlust der Querstreifung einher. Nach einiger Zeit kommt es infolge Reaktion der Interstitien zu kleinen Eiterherden, die aber beim Kaninchen sehr klein bleiben und eher die Tendenz haben, sich zu resorbieren. Die Alteration der Fibrillen scheint in einer Koagulation des Myosins zu bestehen. Gonotoxininjektionen machten dieselben Veränderungen. Doch war beinahe keine Reaktion der Interstitialräume vorhanden, so dafs man annehmen kann, dafs die Muskelnekrose ebensosehr auf das Toxin als auf den Coccus selber zurückzuführen ist.

Die Muskelalterationen sind aber nicht für den Gonococcus spezifisch, denn Staphylokokken brachten dieselben Erscheinungen, allerdings mit stärkerer Betonung der Suppuration, hervor. *Gunsett-Strafsburg.*

Zwei Fälle von Ulcus blennorrhoicum serpiginosum beim Manne, von Xylander-Dresden. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 37.) Die von X. beobachteten beiden Fälle von Ulcus blennorrhoicum serpiginosum wiesen gleich den ersten, von Thalmann beschriebenen Fällen grofse Ähnlichkeit mit Follikularschankern auf; mit fortschreitender Unterminierung der Haut trat zunächst eine derbe Infiltration der Geschwürsränder sowie eine bläulichrote Verfärbung der dieser zunächstliegenden Hautpartien auf und erst allmählich kam es zu einer Nekrose derselben. In beiden Fällen liefs sich eine starke Neigung zum Fortschreiten des Verfalls nach der Tiefe zu

feststellen. Gonokokken konnten anfangs in den Geschwüren trotz wiederholter sorgfältigster Untersuchung nicht nachgewiesen werden; erst nach provokatorischer Reizung mit Argentum nitricum wurden intracellulär gelagerte Gonokokken gefunden. In beiden Fällen war der Harnröhrentripper bereits abgeheilt, als der blennorrhoische Hautprozeß auftrat: man muß daher annehmen, daß entweder im periurethralen Gewebe noch lebensfähige Gonokokken vorhanden waren, die sekundär nach den betreffenden Stellen verschleppt wurden, oder daß es zu einer primären Infektion der gleichzeitig vorhandenen Ulcerationen gekommen ist. In beiden Fällen wurde, nachdem die bei anderen Geschwüren wirksamen Behandlungsmethoden versagt hatten, durch energische Anwendung 10%iger Protargollösung rasch Heilung erzielt.

Götz-München.

Blennorrhoische Exostose des Fersenbeins, von Gilman J. Winthrop-Mobile. (*Journ. americ. med. assoc.* Bd. 53, Nr. 9.) Bericht von zwei Krankheitsfällen, in denen die Exostose fortgemeißelt wurde. *Schourp-Danzig.*

Die Gonokokken-Peritonitis, von Broca. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 34.) Br. weist unter Beschreibung eines einschlägigen Falles darauf hin, daß bei kleinen Mädchen akute, durch blennorrhoische Infektion verursachte Peritonitiden vorkommen, die durchaus das klinische Bild der gangränösen Appendicitis darbieten, nur fehlt gewöhnlich die Auftreibung des Leibes, die Druckempfindlichkeit und Muskelspannung der rechten Fossa iliaca; die Untersuchung der äußeren Genitalien zeigt sofort das Vorhandensein einer blennorrhoischen Vulvovaginitis. In solchen Fällen ist jeder chirurgische Eingriff streng kontraindiziert: die Gonokokken-Peritonitis heilt bei konservativer Behandlung fast immer aus, während die Laparatomie häufig zum Tode führt. Natürlich kann auch bei einem Mädchen mit blennorrhoischer Vulvovaginitis einmal eine wirkliche Appendicitis auftreten, die wie jede Appendicitis unter Umständen die Operation nötig macht. *Götz-München.*

Über die blennorrhoischen Tubenentzündungen und über ihre Behandlung, von Nikolaus Cukor-Franzensbad. (*Prag. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 19.) Nichts Neues. *Arthur Schucht-Danzig.*

Ein Fall von Mitralstenose vielleicht blennorrhoischen Ursprungs, von L. Calandre. (*Rev. clin. de Madrid.* 1910. Nr. 2.) Ein 21jähriger Kranker bekommt einen Monat nach einer Blennorrhoe eine Endocarditis, aus welcher sich eine Mitralstenose entwickelte, die in relativ schnellem Verlauf zum Tode führte. Die Autopsie bestätigte den Befund einer Mitralstenose mit Hypertrophie des rechten Ventrikels.

Gunsett-Straßburg.

Über den Wert unserer Maßregeln gegen die Bindehautblennorrhoe der Neugeborenen und die Notwendigkeit ihrer allgemeinen Einführung, von O. von Herff-Basel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 46 u. 47.) Wenn auch im Vergleich zu früher die Zahl der blennorrhoischen Augeninfektionen bei Neugeborenen seit Einführung des Credéschen Verfahrens eine sehr erfreuliche Besserung zeigt, so ist, wie Verfasser durch statistische Tabellen aus verschiedenen Entbindungsanstalten und Landstrichen nachweist, das Ideal der völligen Beseitigung dieses Übels noch lange nicht erreicht. Dies ist teils auf die Verwendung eines ungeeigneten Mittels, teils auf Unvollständigkeiten in der Durchführung der Behandlung zurückzuführen. Vor allen Dingen will v. H. das Argentum nitricum als Prophylaktikum unbedingt ausgeschieden wissen als unzuverlässig und auch durch seine Reizwirkung oftmals schädlich. Bessere Resultate ergeben Argentum aceticum, Protargol und vor allen Dingen das neuere Silberpräparat Sophol. Im Laufe von etwa 4½ Jahren wurde bei einer Serie von 6000 Kindern bei der Sopholbehandlung keine einzige Frühinfektion beobachtet, und nur bei einem einzigen Falle trat am neunten Lebenstage eine Spät-

infektion auf. Von dem Mittel werden nach ALFELDscher Vorschrift einige Tropfen einer 5%igen Lösung dem Neugeborenen nach dem Waschen in den inneren Augenwinkel bei geschlossenen Lidern gebracht; dann werden sanft die Augenlider auseinandergezogen, um das Einlaufen in den Bindehautsack zu bewerkstelligen. Als weiteres Schutzmittel wird noch die gesetzliche Anzeigepflicht bei blennorrhoischer Conjunctivitis gefordert. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Zur Frage der Trachombehandlung durch Gonokokken, von WICHERKIEWICZ. (*Wien. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 38.) GOLDZIEHER berichtete von einem fast erblindeten trachomatösen Patienten, bei welchem durch blennorrhoisches Sekret eine 14tägige Entzündung hervorgerufen wurde, welche zur auffallenden Klärung der Hornhaut und Hebung der Sehschärfe führte. W. hat Ähnliches vor 20 Jahren in seiner Augenklinik erlebt. Dort wurden durch die Unachtsamkeit einer Wärterin zehn Trachomkranke mit blennorrhoischer Conjunctivitis infiziert. Mittels Behandlung mit 1—2%iger Argentum nitricum-Lösung und Borsäurespülungen wurden alle zehn nicht nur von ihrer Blennorrhoe, sondern auch vom Trachom gründlich geheilt, und zwar innerhalb vier Wochen seit dem Auftreten der blennorrhoischen Bindehaut komplikation. Trotz dieses glänzenden Resultates wagt W. nicht, die Methode anzuwenden, weil nur die minutiösest geleitete Behandlung grofse damit verbundene Gefahren für das Auge meiden kann. *Schourp-Danzig.*

Über Chlamydozoenbefunde bei Blennorrhoea neonatorum non gonorrhoica, von L. HALBERSTAEDTER-Berlin und S. v. PROWAZEK-Hamburg. (*Berl. klin Wochenschr.* 1909. Nr. 41.) Die von den Autoren früher beschriebenen Einschlüsse in Epithelzellen bei Trachom, welche sie als Mikroorganismen (Chlamydozoen) ansprachen, wurden zunächst von STARGARDT und HEYMANN, jetzt auch von den Autoren bei Ophthalmoblennorrhoe gefunden. Durch Sekretuntersuchungen bei Gonorrhoikern wurde festgestellt, dafs hierin Einschlüsse nicht vorkommen. Bei Ophthalmoblennorrhoen, wo sicherer Gonokokkenbefund vorhanden war, wurden von ihnen Einschlüsse nie gefunden. Dagegen gelang deren Nachweis in fünf klinisch als Ophthalmoblennorrhoen aufzufassenden Fällen, wo Gonokokken nicht zu finden waren. Hieraus schliefsen die Autoren, dafs die Einschlüsse absolut selbständige Gebilde sind. Eine Untersuchung der Einschlüsse bei der nichtgonorrhoischen Conjunctivitis neonatorum von den Trachomeinschlüssen ist auf Grund des morphologischen Verhaltens allein kaum möglich. Es wird darauf hingewiesen, dafs bei Protozoenerkrankungen die Morphologie oft im Stich läfst, oft auch bei wohlbekannten Bakterien. Die Autoren erweitern ihre bisherigen Anschauungen nur insofern, als es eine gewisse Gruppe nichtgonorrhoischer Blennorrhoen der Neugeborenen gibt, bei denen Chlamydozoen nachgewiesen werden und die sie ebenfalls als Epitheliose auffassen, wie das Trachom.

Arthur Schucht-Danzig.

Über Chlamydozoenbefunde bei nichtgonorrhoischer Blennorrhoe der Neugeborenen, von LUD. SCHMEICHLER-Brünn. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1909. Nr. 46.) Bei nichtgonorrhoischer Blennorrhoe eines Neugeborenen fanden sich Zelleinschlüsse gleich denen von HALBERSTAEDTER und v. PROWAZEK bei Trachom gefundenen, wie sie von diesen Verfassern aufserdem in ähnlichen Fällen wie diesem beschrieben wurden. *Arthur Schucht-Danzig.*

Die Behandlung der Ophthalmia neonatorum, von MARCUS J. LEVITT-Brooklyn (*New York med. Journ.* 28. Okt. 1909.) L. betrachtet die Behandlung der Augenblennorrhoe der Neugeborenen unter drei Gesichtspunkten: 1. Persönliche Aufmerksamkeit, d. h. Unterweisung der Angehörigen bezüglich der grofsen Gefahren der Ansteckung, der Notwendigkeit sofortiger Behandlung u. a. m., tägliche Augenbesichtigung der irgendwie suspekten Kinder und vorherige Entfernung vorhandenen Eiters mit

1 : 10000 Sublimat- oder mit Borlösung. 2. Anwendung häufiger, kalter Kompressen (in den ersten 48—72 Stunden alle paar Minuten, später in gröfseren Pausen), und 3. Salpetersaures Silber: sobald die Eiterung auftritt, 1%ige Lösung in das Ober- und Unterlid zu infiltrieren, bei sehr profuser Eiterung zweimal pro Tag. Bei blennorrhoischer Ophthalmie mufs die Silberanwendung wenigstens sechs Wochen lang fortgesetzt werden, später in Pausen von zwei bis drei Tagen, bis die Hypertrophie der Lider völlig verschwunden ist. Protargol und Argyrol sind weniger wirksam wie Argentum nitricum, können aber bei den leichteren Formen der Ophthalmia neonatorum immerhin angewandt werden. Bei Infiltration oder Ulcus der Hornhaut sollte 1%ige Atropinlösung mehrmals täglich infiltriert, bei tiefergehendem Ulcus 5%iges Kokain und dann Ätzung mit Jodtinktur, reiner Karbolsäure oder Galvano- oder Thermokauter; Hornhautgeschwür bildet jedoch keine Kontraindikation gegen Argentum nitricum. Im übrigen hofft L., dafs durch die vereinigte Arbeit von Ärzten und Publikum die prophylaktischen Mafsnahmen die Augenblennorrhoe der Neugeborenen zu einer ganz seltenen Erkrankung machen. *Stern-München.*

Über die Behandlung der Blennorrhoea conjunctivae neonatorum, von P. Béla-Budapest. (*Gyógyászat.* 1909. Nr. 48.) Im Jahre 1902 wurden im Budapester staatlichen Kinderasyl 634 Neugeborene mit Conjunctivitis blennorrhoica neonatorum aufgenommen. Der die Gonokokken betreffende positive Befund wird nicht immer ein Hindernis dessen sein, dafs die Krankheit günstig und ohne Komplikation verläuft, während andererseits der negative Befund und die Anwesenheit anderer Mikrokokken oft mit schweren Symptomen seitens der Conjunctiva und der Erkrankung der Hornhaut einhergehen. Das eitrige Sekret der erkrankten Augen so zu entfernen, dafs der Eiter möglichst wenig mit den Händen des Wartepersonals oder mit anderen Dingen in Berührung komme, ist das einfachste Verfahren. Das Hornhautepithel mufs gegen die geringste Verletzung geschützt werden. Das Entfernen des Eiters wird mit einem aus einer Undine kommenden Flüssigkeitsstrahl bewerkstelligt. Mit den Geweben des Auges darf kein fester Körper, Leinwand, Watte usw. in Berührung kommen, jedem Trauma mufs vorgebeugt werden. Der Säugling wird auf eine schiefe Ebene kopfabwärts derart gelegt, dafs der ausgewaschene Eiter auf der entsprechenden Schläfenseite des kranken Auges durch einen an die schiefe Ebene befestigten trichterartigen Apparat in einen Eimer fliefst. Zum Spülen wird aus gekochtem Wasserleitungswasser angefertigte filtrierte physiologische Kochsalzlösung bei einer Temperatur von 25—30° C verwendet. Sind im Cornealgebiete schon infiltrierte Gebiete, wird sofort zu heifsen Kompressen übergegangen. Im zweiten Stadium wird als Kaustikum Argentum nitricum, niemals in einer stärkeren als 1%igen Lösung, verwendet.

Porosz-Budapest.

Zur Behandlung der Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen, von Spiro-Rostock. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 34.) Gegenüber dem von Adam empfohlenen Bleno-Lenicet tritt S. für das in der Augenklinik zu Rostock bewährt gefundene Protargol ein. Von einer 10%igen Lösung werden täglich einmal, allenfalls auch zweimal, einige Tropfen in den Bindehautsack eingeführt und mit der Schleimhaut durch geeignetes Auseinanderziehen und Verschieben überall in Berührung gebracht. In der Zwischenzeit werden nur eisgekühlte Kompressen aufgelegt und alle zwei Stunden das hervortretende Sekret abgewischt. Ist nach zehn bis zwölf Tagen bei nicht mehr gerinnendem Sekret die Schwellung der Schleimhaut nicht beseitigt, so wird täglich einmal mit 2- oder 1%iger Argentum nitricum-Lösung gepinselt. Nach diesen Regeln sind in der Zeit von 1901—1908 mit sehr befriedigendem Resultate 48 Neugeborene behandelt worden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Keratosis blennorrhoica, von Noel Fiessinger. (*Journ. d. pratic.* 1909. Nr. 39.) Die anscheinend recht seltene Keratosis blennorrhoica tritt im Verlaufe akuter Blennorrhoen auf, und zwar nur in Fällen, die durch serös-eitrige, nicht zur Ankylosierung führende Gelenkerkrankungen kompliziert sind. Die Affektion ist charakterisiert durch die Entstehung zahlreicher, kleiner, kegelförmiger Horngebilde auf der dorsalen Fläche und besonders am inneren Rande der Füſse und groſser, 1—2 mm dicker Hornplatten auf den Fuſssohlen. Hornkegel finden sich in seltenen Fällen auch an Beinen und Armen und selbst im Gesicht; sie sind stets von einem weiſslichen Hof umgeben, an den sich peripher ein rötlicher Hof anschlieſst. Die verhornte Substanz kann durch energisches Kratzen entfernt werden; die darunter liegende Epidermis ist exulceriert. Hornplatten und Hornkegel sind stets bilateral-symmetrisch angeordnet; sie fallen nach vier- bis sechswöchentlichem Bestande spontan ab. Vorbedingung für das Zustandekommen der Keratosis blennorrhoica ist eine Maceration der Epidermis; eine solche kann an den Füſsen mit ihrer stärkeren Schweiſssekretion durch Verbände, wie sie bei akuten Gelenkerkrankungen notwendig sind, leicht herbeigeführt werden. Daraus folgt, daſs sich die Keratosis blennorrhoica durch sorgfältige Pflege und Reinhaltung der Füſse und häufigen Verbandwechsel bei Kranken mit blennorrhoischen Arthritiden verhüten läſst. Ist die Affektion aber einmal da, dann wird im Beginn der Eruption Puder aufgestreut und trocken verbunden, während im späteren Stadium feuchte Verbände mit Wasser, dem etwas Alkohol zugesetzt wurde, angezeigt sind. *Götz-München.*

Metastatische blennorrhoische Keratitis, von A. Van Lint-Brüssel. (*La Policlinique.* 1909. Nr. 7.) Verfasser hatte Gelegenheit, in kurzer Zeit nacheinander zwei Fälle von metastatischer blennorrhoischer Hornhautentzündung zu beobachten. Der Verlauf war eigentümlicherweise in beiden Fällen fast identisch. Bei beiden Patienten kam es während des akuten Stadiums der Blennorrhoe zu einer beiderseitigen Conjunctivitis blennorrhoica, die glatt zur Heilung gebracht werden konnte. Nachfolgend entwickelte sich bei beiden Kranken ein Tripperrheumatismus und etwa drei Wochen später kam es zu einer leichten Hyperämie der beiderseitigen Bindehäute, der nun Hornhautveränderungen an je einem Auge folgten. Die ganze Hornhaut wurde von winzigen Bläschen besät, aus denen sich nach zwei Tagen kleine oberflächliche Geschwürchen mit radienförmigen Rändern bildeten, so daſs die Hornhaut einem mit Sternen bedeckten Himmel glich; dabei keine perikorneale Gefäſsinjektion, keine Änderung im intraokulären Druck. Nach fünf Tagen vernarbten die Geschwürchen und nach zirka 15 Tagen kam es zur vollkommenen Heilung. In einem der Fälle entstand nach einem Monate auf dem von der Keratitis verschonten Auge eine kurzdauernde Iritis. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

Kongenitale Blennorrhoe des Saccus lacrymalis, von J. Foster-Hartepool. (*Brit. med. Journ.* 11. Dez. 1909.) Bericht über zwei Fälle, welche bei methodischer Expression des Saccus lacrymalis und Behandlung mit Zinkchlorid zur Heilung gelangten. Verfasser glaubt, daſs die Affektion oft nicht richtig erkannt wird.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über die chirurgische Behandlung der akuten blennorrhoischen Nebenhodenentzündungen, von E. Boross-Budapest. (*Urologiai Szemle,* Beiblatt des *Orvosi Hetilap.* 1909. Nr. 4.) Da die Punktion nur zu einer zeitweiligen Besserung führt, empfiehlt Verfasser ein chirurgisches Eingreifen nach folgendem Vorgehen: Nach entsprechender Desinfizierung wird der Hodensack mit einem 3—4 cm langen Schnitt geöffnet und der Hoden in der linken Hand fixiert. In einer Länge von etwa 2 cm wird die Tunica geöffnet, rechts und links mit einer Katgutnaht an die Haut genäht. Dann wird ein scharfer Einschnitt in den kaudalen Teil des Nebenhodens gemacht.

Die Wundhöhle wird mit Sublimatgaze tamponiert und offen behandelt. Die ganze Skrotalhaut wird in einen Sublimatdunstverband gelegt und sorgfältig in einem Suspensorium untergebracht. Um eine eventuelle Deferentitis zu vermeiden, wird Patient auf zwei Tage zu Bett gebracht und über den Samenstrang ein Eisschlauch gelegt. Das gewonnene Sekret ist blutig-serös, gonokokkenhaltig. Auf Grund von 18 Fällen faſst Verfasser das Resultat in folgendem zusammen: 1. Jede akute Nebenhodenentzündung, von heftigen Entzündungssymptomen begleitet, ist sofort zu operieren. Die besten Erfolge können bei Fällen erzielt werden, die in den ersten 24 Stunden operiert werden. 2. In allen Fällen hören die Schmerzen sofort auf und wiederholen sich nicht mehr. 3. Das Ödem der serösen Haut hat sich beim ersten Verbandswechsel zurückgebildet. Die Hodenempfindlichkeit nimmt ab. Verband wird nach den ersten 24 Stunden gewechselt. 4. Fieberabnahme in den zweiten 24 Stunden. 5. Bei Fällen, die in den ersten 24 Stunden operiert werden, ist ohne Ausnahme Restitutio ad integrum zu verzeichnen. Im kaudalen Teile der Nebenhoden bilden sich keine Knoten. Neuralgische Schmerzen treten nicht auf. 6. Um Komplikationen zu vermeiden, bleiben die Patienten zwei Tage zu Bett. Spitalspflege dauerte durchschnittlich vier Tage, bei einem einzigen Falle sieben Tage. 7. Vollkommene Heilung tritt in zwei bis drei Wochen ein. 8. Im blutigen Serum wie im Eiter findet man immer Gonokokken. 9. Auch Fälle, die älter sind als fünf Tage, können operiert werden, weil beim Einschnitt des Nebenhodens sich die im Bindegewebe befindlichen Eiterherde entleeren und dadurch eventuell spätere Erneuerungen verhindern. Schmerzen, namentlich Druckschmerzen, werden milder. 10. Narbige Knoten, sehr harte Infiltrationen können auf operativem Wege nicht beeinfluſst werden. Bei diesen Fällen treten die späten neuralgischen Schmerzen auf, ebenso wie Rezidive. 11. Unannehmlichkeiten konnten in keinem einzigen Falle wahrgenommen werden. 12. Ambulante können nicht operiert werden. 13. Stumpf darf nicht präpariert werden. (Ich denke, wenig Ärzte würden sich auf diese Weise operieren lassen, selbst der Autor nicht. Ref.)

Poross-Budapest.

Ein ergänzender Bericht zur operativen Behandlung der blennorrhoischen Epididymitis, von Francis R. Hagner-Washington, D. C. (*Med. Record.* 4. Dez. 1909.) Bericht über zwölf Fälle, die zur Operation gelangt sind, seit Verfasser seinen ersten Bericht vor genau drei Jahren in der gleichen Wochenschrift veröffentlichte. „Die Epididymotomie kürzt den Krankheitsverlauf ab (in der letzten Serie von Fällen waren die Patienten durchschnittlich vier Tage ans Bett gefesselt); der Schmerz hört sofort auf, die Rekonvaleszenz ist rasch.“ Nur in einem Falle kam es zu einem Rezidiv auf der operierten Seite. Nur ein Fall von doppelseitiger Epididymitis ist zur Operation gelangt; in diesem haben bei einer Untersuchung, die allerdings kurze Zeit nach der Heilung stattgefunden, sich keine Spermatozoen nachweisen lassen.

W. Lehmann-Stettin.

Über die elektrische Behandlung der blennorrhoischen Nebenhodenentzündung, von L. Austerveil-Arad. (*Urologia*, Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság*. 1909. Nr. 3.) Die blennorrhoische Nebenhodenentzündung wurde vom Verfasser auf elektrolytischem Wege mit gutem Erfolge behandelt. Nach einigen Galvanisationen besserte sie sich einige Tage später um ein Bedeutendes. Wenn auch das entzündliche Exsudat in solch kurzer Zeit nicht ganz verschwindet, stockt sie jedenfalls. Damit zugleich verschwindet der peinliche Schmerz und der Patient braucht nicht lange im Bett zu bleiben, sondern kann einige Tage später, vom Schmerz befreit, seiner Arbeit nachgehen. Das Verfahren ist sehr einfach. Mit jedem gewöhnlichen tragbaren elektrischen Apparat kann 0,2—0,4 M.-A. erzielt werden. *Poross-Budapest.*

Punktionstherapie der Epididymitis blennorrhoica, von J. FÜRÉSZ-Miskolcz. (*Urologia*, Beiblatt der *Budapesti Orvosi Ujság*. 1909. Nr. 2.) In 25 Fällen nahm der Verfasser Punktionen vor. Am empfindlichsten Punkte der Hydrocele oder des Nebenhodens machte Verfasser mit einer Pravazspritze einen Einstich. Zumeist war 0,1 bis 1,2 ccm seröser, blutiger Eiter, in Fällen von gröfseren Hydrocelen auch mehr, auch zwei bis drei Pravazspritzen voll. Nur in einigen Fällen fand er im Exsudat weifse Blutzellen und nur in vier Fällen Gonokokken. Das Fieber hörte nicht in allen Fällen sofort auf. Es war auch zwei bis vier Tage später noch vorhanden. Das Allgemeinbefinden besserte sich rasch, der Schmerz gab nach oder hörte zwei Tage später ganz auf. Restitutio ad integrum trat in zehn Fällen ein. In 15 Fällen blieb Infiltrat und Vergröfserung zurück. Die Verpflegungstage variierten zwischen 4 und 38. Es wird die Heilung doch etwas durch die Punktion beschleunigt. „Sie ist keine ideale Behandlungsweise“ und wird auch die alten Methoden nicht verdrängen. Sie wird höchstens den alten angereiht werden. *Porosz-Budapest.*

Akute blennorrhoische Prostatitis, von F. C. VALENTINE und T. M. TOWNSEND-New York. (*Med. Record*. 11. Dez. 1909.) In 90% der Fälle ergreift der blennorrhoische Prozefs die hintere Harnröhre und in jedem Falle von Posterior kommt es zu einer Erkrankung der Prostata, leicht nachweisbar durch den Befund von Gonokokken im prostatischen Sekret. In den meisten Fällen bleibt es bei einer einfachen katarrhalischen Entzündung. Bei diffuser Prostatitis, die sich regelmäfsig in subjektiven Symptomen, oft aber in Schüttelfrösten und Fieber kundgibt, besteht die beste Behandlung in dreistündlichen heifsen Spülungen des Rektums mit physiologischer Kochsalzlösung von 43—47° C und nachfolgender Einführung von Suppositorien, die 0,015 Codein und 0,12 Jodoform enthalten. Wird diese Behandlung systematisch durchgeführt, so wird ein operativer Eingriff nie nötig. Letzterer mufs im gegebenen Falle eine Entleerung des Abscesses durch das Perineum, nie durch das Rektum bezwecken.

W. Lehmann-Stettin.

Ein elektrisch erwärmter ARZBERGER-Apparat bei Prostatitis blennorrhoica, von C. PHILIP-Hamburg. (*Münch. med. Wochenschr*. 1910. Nr. 1.) Statt des mit heifsem Wasser zu beschickenden Apparates von ARZBERGER empfiehlt P. seinen von W. Hilzinger-Reiner in Stuttgart hergestellten, elektrisch heizbaren Apparat zur Behandlung der blennorrhoischen Entzündung resp. Abscedierung der Prostata. Derselbe kostet 10 Mark resp. mit Vorrichtung für den Vorschaltwiderstand 25 Mark und dürfte sich als sehr brauchbar erweisen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Der gegenwärtige Stand der Blennorrhoetherapie in Frankreich, von K. F. HOFFMANN-Paris. (*Münch. med. Wochenschr*. 1909. Nr. 19.) Das von FOURNIER vertretene und verbreitete Prinzip der im wesentlichen expektativen Behandlung hat in den letzten Jahren zugunsten einer mehr aktiven Therapie immer mehr Anhänger verloren. Viel angewandt werden die JANETschen Spülungen, bei denen nach H.s Erfahrungen eine Urethritis posterior weit seltener auftritt als bei den auf die vordere Partie der Urethra beschränkten Injektionen. Als die zurzeit beste Behandlungsart beschreibt H. eingehend das im Hospice Necker namentlich von MOTZ geübte Verfahren, welches meist in zwei bis drei Wochen eine völlige Heilung erzielt. Bei frischer Infektion mit einem seit nicht mehr als sechs Tagen bestehenden Ausflufs erhält der Patient sofort eine Injektion mit einigen Kubikzentimetern einer 1—2%igen Höllensteinlösung in die vordere Harnröhre und einige Stunden später eine Spülung der vorderen Harnröhre mit Kalium permanganicum (1 : 2000). Am Morgen des zweiten Tages erfolgt wiederum Spülung der vorderen Harnröhre und in einer späteren Sitzung nach Injektion von 0,5%iger Kokainlösung eine grofse Spülung bis in die Blase. An den folgenden fünf bis sechs Tagen gibt es täglich zwei Spülungen; nach

Besserung der subjektiven und objektiven Erscheinungen täglich nur eine, eventuell mit einer dünneren Lösung von 1 : 4000. Kommt der Fall nicht mehr ganz frisch in Behandlung, so wird je nach der Beschaffenheit Hydrargyrum oxycyanatum oder auch Kalium parmanganicum angewandt. Sehr schätzenswert sind die verschiedenen kleinen Kunstgriffe, welche zum Nachweis und Behandlung (Entleerung durch Massage, desinfizierende Spülung) der in den Lakunen und akzessorischen Drüsen befindlichen Gonokokkenherde führen. Es wird jeden, der auf diesem Gebiete tätig ist, interessieren, diesen Artikel im Original zu lesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Blennorrhoe-Suspensorium mit Tasche, von L. Meyer-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1909. Nr. 39.) Die Neuerung bei diesem Suspensorium besteht darin, dafs an dasselbe eine Tasche von gut aufsaugefähigem Stoff angeknöpft wird, um das Harnröhrensekret aufzunehmen. Anfertiger ist A. Laboschinski in Berlin, Neue Königstrafse 5. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Klinische Studien zur Reform der Blennorrhoetherapie, von Wilhelm Karo-Berlin. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 19. März 1910.) Empfehlung des schon an anderer Stelle im Referat beschriebenen Tuboblennal. *Schourp-Danzig.*

Die Behandlung der Gonokokkeninfektion mittels Impfungen, von J. W. H. Eyre und B. H. Stewart-London. (*Lancet.* 10. Juli 1909.) Die von Wright begründete Methode der Behandlung der blennorrhoischen Infektion mittels der subcutanen Einspritzung von abgetöteten Kulturen des infizierenden Coccus ist bisher noch wenig praktisch erprobt worden, und Verfasser wissen nur fünf diesbezügliche Publikationen anzuführen, welche aber im ganzen ermutigend lauten. Die hier vorliegenden Beobachtungen beziehen sich auf 41 Fälle, welche sich folgendermafsen verteilen: Einfache akute Blennorrhoe (11), einfache chronische Blennorrhoe (4), blennorrhoische Septikämie und Saprämie (1), chronische Blennorrhoe mit Arthritis (17), ferner chronische Blennorrhoe mit Iritis (4) und mit Orchitis und Epididymitis (4). Bei allen diesen Fällen war die Behandlung im wesentlichen die der Injektionsmethode, und es wurden andere Mittel nur gelegentlich und mehr in Form eines Placebo angewandt. Am erfolgreichsten erwies sich die Injektion einer autogenen Kultur, doch waren auch solche von anderer Provenienz entschieden wirksam. Die Dosen sollen nicht zu hoch bemessen sein; anfangs gaben Verfasser bis zu 500 Millionen Kokken, fanden aber bald, dafs diese enormen Dosen bei frischer Züchtung zu stark toxisch wirken, und dafs man vielfach mit der relativ minimalen Dosis von 1 bis 2 Millionen auskommt. Nach den auszugsweise mitgeteilten Krankengeschichten zu urteilen, bietet die Methode entschiedene Vorteile, namentlich in bezug auf verallgemeinerte Infektion.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Verschiedenes.

Erklärung. Im April 1910. Die unterzeichneten Verleger medizinischer Zeitschriften nehmen zu den von Herrn Professor Dr. Abderhalden veröffentlichten Plänen folgendermafsen Stellung:

1. Sie erkennen eine Vereinheitlichung und Vereinfachung des Referatenwesens als durchaus wünschenswert an.
2. Sie halten die Schaffung einer vollständigen Bibliographie der Medizin für verdienstvoll, indessen nur dann, wenn die Höhe der Kosten in keinem zu starken Mifsverhältnis zu dem begrenzten Interessentenkreis steht, der sie benutzen würde.

3. **Sie setzen zur Prüfung dieser Fragen, deren befriedigende Lösung gleichmäfsig im Interesse der Wissenschaft wie des Verlagsbuchhandels liegt, in Gemeinschaft mit den Redakteuren ihrer medizinischen Zeitschriften eine Kommission ein, die zu erwägen hat, ob und in welcher Weise das erstrebte Ziel durch Verständigung zwischen den bestehenden Zeitschriften zu erreichen ist.**
4. **Sie halten eine Angliederung der geplanten Bibliographie der Medizin an die bestehende und bewährte Uhlwormsche internationale Bibliographie der Naturwissenschaften und der Medizin, die eventuell weiter auszugestalten sein würde, für erwünschter und schon aus finanziellen Gründen für praktisch aussichtsreicher als eine Neugründung und werden sich deshalb mit dem Reichsamt des Innern in Verbindung setzen.**
5. **Sie halten die bisherigen Versuche zur Durchführung der Pläne für ungeeignet, da sie dazu angetan waren, Beunruhigung in die beteiligten Kreise zu tragen.**

Johann Ambrosius Barth in Leipzig
W. Braumüller in Wien
Oscar Coblentz in Berlin
Fr. Cohen in Bonn
F. Deuticke in Wien
Wilhelm Engelmann in Leipzig
Ferd. Enke in Stuttgart
Gustav Fischer in Jena
Martin Hager in Bonn
August Hirschwald in Berlin
Kurt Kabitzsch in Würzburg
S. Karger in Berlin
Dr. W. Klinkhardt in Leipzig
B. Konegen in Leipzig
H. Lauppsche Buchhandlung in Tübingen
J. F. Lehmann's Verlag in München
Louis Marcus in Berlin
Carl Marhold in Halle a. S.
Georg Reimer in Berlin
Julius Springer in Berlin
Georg Thieme in Leipzig
Karl J. Trübner in Straßburg i. E.
Urban & Schwarzenberg in Berlin und Wien
Veit & Comp. in Leipzig
F. C. W. Vogel in Leipzig
Leopold Voss in Hamburg
Zitters Zeitungsverlag in Wien

Ein roter Streifen am Zahnfleisch, von G. A. Stephens-Swansea. (*Brit. med. Journ.* 12. März 1910.) Bei mehreren jugendlichen Arbeitern in Schmelzwerken hat Verfasser wiederholt das Vorhandensein eines roten Streifens am Zahnfleisch konstatiert. Er erklärt denselben als eine Hypertrophie der Papillen, entstanden durch den Reiz der Dämpfe und Partikelchen von metallischen Verbindungen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Blutgewinnung bei der Wassermannschen Reaktion, von Dreuw-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1910. Nr. 5.) Beschreibung und Abbildung einer eigenartig gebogenen, auf der Pravazspritze fest aufsitzenden Nadel, mit der die Blutgewinnung aus einer Hautvene leichter und sicherer als mit der gewöhnlichen geraden Hohlnadel möglich ist; da man die Pravazspritze als Handgriff benutzen kann, läfst sich die Nadel infolge ihrer Biegung beinahe parallel der Längsachse der Vene einführen. Die Nadel, die von der Firma Louis & H. Löwenstein-Berlin hergestellt wird, eignet sich auch für die Einspritzung von gewaschenem Hammelblut in die Ohrvene des Kaninchens zur Gewinnung des Ambozeptors für die Wassermannsche Reaktion.

Göts-München.

Zinksalbe ist kein kosmetisches Mittel und dem freien Verkehr nicht überlassen, von Engels-Gummersbach. (*Zeitschr. f. Medizinalbeamte.* 1910. Nr. 7.) Ein Drogist verkaufte Zinksalbe. Nach einem Urteil des Kgl. Landgerichtes in Cöln, das vom Oberlandesgericht bestätigt wurde, wurde er bestraft, da die Zinksalbe kein Kosmetikum ist, sondern lediglich ein Heilmittel. *Schourp-Danzig.*

Sachverzeichnis.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.